

Міністерство охорони здоров'я України  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
Факультет післядипломної освіти  
Кафедра хірургії та ендоскопії



**Методичні розробки практичних занять**  
**(частина перша)**

**Львів – 2019**

Методичні розробки складені колективом кафедри хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького:

- проф. Матвійчук Б.О.,
- проф. Заремба В.С.,
- доц. Павловський І.М.,
- доц. Лазько В.М.,
- доц. Стасишин А.Р.,
- доц. Бочар В.Т.,
- доц. Квіт А.Д.,
- доц. Кушнірук О.І.,
- ас. Голик Ю.Й.,
- ас. Федчишин Н.Р.,
- ас. Бохонко Р.Л.,
- ас. Гураєвський А.А.
- ас. Бабін І.О.,
- ас. Комарницький Є.С.,
- ас. Пастрик Л.В.,
- ас. Протопопов А.О.

Рецензенти:

- завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор **Андрющенко В.П.**
- професор кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Академік АНВО України, д.мед.н. **Заремба Є.Х.**

Методичні розробки обговорені та схвалені на методичній нараді кафедри **19 грудня 2018 р.**, протокол **№ 11**

Методичні розробки затверджено на засіданні методичної комісії з післядипломної освіти **18 лютого 2019 р.**, протокол **№ 1**.

## ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

### Тематичний план практичних занять для здобувачів PhD за спеціальністю "Хірургія"

№	вид	(за алфавітом)	год.	
1.	прак	Види і методи органозберігальних операцій при лікуванні виразкової хвороби	4	
2.	прак	Визначення груп крові за антигенними системами АВ0 та Rh. Методи і техніка переливання компонентів крові. Проби на сумісність. Біологічна проба	2	
3.	прак	Гастродуоденальні кровотечі невиразкової етіології. Диференційна діагностика	2	
4.	прак	Діагностика та лікування ранніх ускладнень після операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці	4	
5.	прак	Діагностика та хірургічне лікування грижі білої лінії живота	2	
6.	прак	Діагностика та хірургічне лікування пупкової грижі.	4	
7.	прак	Інфузійно-трансфузійна терапія з метою гемостазу, при дефіциті клітинних елементів крові, при гіповолемії	2	
8.	прак	Клініка та діагностика виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки	2	
9.	прак	Клініка та діагностика внутрішніх черевних гриж. Хірургічне лікування.	2	
10.	прак	Клініка, диференційна діагностика і лікування пельвіоперитоніту	2	
11.	прак	Клініка, диференційна діагностика і лікування порушеної позаматкової вагітності	2	
12.	прак	Клініка, диференційна діагностика і лікування розриву і перекруту кісти яєчника	2	
13.	прак	Клініка, діагностика та диференційна діагностика гострого апендициту	4	
14.	прак	Клінічні ознаки невправимої та защемленої гриж. Ускладнення, особливості операційних втручань.	4	
15.	прак	Консервативні методи лікування виразкової хвороби	2	
16.	прак	Коректори кислотно-лужного і водно-сольового балансу. Лікувальна гемодилуція	2	
17.	прак	Лабораторна діагностика коагуляційного гемостазу	2	
18.	прак	Лікування апендикулярного інфільтрату. Особливості операційної техніки розкриття періапендикулярного абсцесу	4	
19.	прак	Методи декомпресії кишки під час і після операційного втручання	4	
20.	прак	Методи резекції шлунка	4	
21.	прак	Ознаки життєздатності кишки, особливості її резекції	4	
22.	прак	Організація невідкладної медичної допомоги в тому числі на клінічній базі	2	
23.	прак	Особливості анатомії, діагностики та клінічних проявів пахвинних гриж: прямої, косої, ковзної та защемленої	4	
24.	прак	Особливості клініки гострого апендициту у вагітних	2	
25.	прак	Особливості клініки і перебігу гострого апендициту при атиповому розміщенні червоподібного відростка	4	
26.	прак	Особливості операцій при виразковій гастродуоденальній кровотечі.	4	
27.	прак	Особливості перебігу гострого апендициту в осіб похилого віку	2	

28.	прак	Пенетруюча виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Внутрішні нориці.	2	
29.	прак	Перфораційна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки. Діагностика. Хірургічна тактика	4	
30.	прак	Перфорація матки з і без ушкодження органів черевної порожнини. Причини, діагностика і хірургічна тактика	2	
31.	прак	Показання до тампонади і дренивання черевної порожнини під час апендектомії	2	
32.	прак	Показання та обґрунтування різних методів хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, порівняння різних методів лікування.	4	
33.	прак	Пострезекційні і постваготомні синдроми	2	
34.	прак	Пухлини тонкої кишки та її брижі	4	
35.	прак	Резекція тонкої та товстої кишок. Види ілеостомії, колостомії, цекостомії	4	
36.	прак	Рентгеноскопія, оглядова і прицільна рентгенографія, комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія в діагностиці хірургічних захворювань органів черевної порожнини	2	
37.	прак	Спайкова хвороба. Особливості хірургічного втручання при кишковій непрохідності	2	
38.	прак	Способи хірургічного лікування пахвинних гриж та їх порівняння.	4	
39.	прак	Способи хірургічного лікування стегнових гриж. Профілактика ускладнень.	4	
40.	прак	Стеноз виходу зі шлунка як ускладнення виразкової хвороби. Діагностика. Ступені стенозу. Лікування	2	
41.	прак	Сучасні методи попередження утворення спайок у черевній порожнині.	2	
42.	прак	Техніка апендектомії. Ретроградна апендектомія. Інтраопераційні ускладнення	4	
43.	прак	Тромбоз та емболія судин брижі. Клініка, діагностика, хірургічне лікування.	4	
44.	прак	Ультразвукові діагностичні критерії наявності вільної рідини в грудній та черевній порожнинах. FAST протокол	2	
45.	прак	Ускладнення виразкової хвороби кровотечею. Діагностика та хірургічна тактика	4	
46.	прак	Ускладнення гострого апендициту.	2	
47.	прак	Ушкодження органів черевної порожнини при гінекологічних операціях	2	
48.	прак	Хірургічне лікування кишкової непрохідності. Операційні доступи, особливості ревізії черевної порожнини	4	
		<b>Всього</b>	<b>152</b>	

## Тема практичного заняття №1. *Види і методи органозберігальних операцій при лікуванні виразкової хвороби*

Навчальна мета заняття: сформувати сучасне уявлення про органозберігальні операції при виразковій хворобі, обґрунтувати показання до їх виконання, роз'яснити переваги і недоліки цих втручань

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вміти визначати показання до того або іншого виду органозберігальних операцій при виразковій хворобі, знати їх переваги і недоліки у порівнянні з іншими методами лікування

Навчальні питання:

1. Показання до органозберігальних операцій при виразковій хворобі
2. Показання, основні етапи і техніка виконання стовбурової ваготомії
3. Показання, основні етапи і техніка виконання селективної та селективної проксимальної ваготомії
4. Висічення виразки дванадцятипалої кишки. Показання, техніка виконання
5. Види дренуючих операцій. Показання, техніка виконання

Короткий зміст заняття:

Хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки показане при частих рецидивах виразки, які не піддаються консервативному лікуванню, повторних виразкових кровотечах, стенозі вихідного відділу шлунка, хронічних пенетруючих виразках з вираженим больовим синдромом а також при підозрі на малігнізацію виразки. Органозберігальні операції виконують, переважно, при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, які включають різні види ваготомії, висічення виразки, різні види дренуючих операцій та їх поєднання. Виконують 3 види ваготомії: стовбурову, селективну (переважно в ургентній хірургії) та селективну проксимальну (планова хірургія). Найменше число рецидивів виразки відмічено при поєднанні селективної проксимальної ваготомії у поєднанні з висіченням виразки. При розміщенні виразки на передній поверхні цибулини дванадцятипалої кишки висічення її не складає труднощів і може бути доповнене пілоропластикою за Гейнеке-Мікуличем. До дренуючих операцій відносять: пілоропластику за Гейнеке-Мікуличем, Фінеєм, Жабуле, гастроентеро-анастомоз.

Контрольні питання:

1. Показання до хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.
2. Показання і техніка виконання стовбурової ваготомії
3. Показання і техніка виконання селективної і селективної проксимальної ваготомії
4. Показання і техніка висічення виразки
5. Види дренуючих операцій, принципи і техніка виконання

## Тема практичного заняття №2. *Гастроудоденальні кровотечі невиразкової етіології. Диференційна діагностика*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з гострими шлунково-кишковими кровотечами з верхніх та нижніх відділів травного тракту.

Професійно орієнтована: знати особливості клініки та діагностики виразкових гастроудоденальних кровотеч; вміти обирати відповідний метод лікування їх в залежності від клінічних, лабораторних та ендоскопічних показників; проводити диференційну діагностику шлунково-кишкових кровотеч верхніх та нижніх відділів травного каналу.

Навчальні питання:

1. Кровотечі з верхніх відділів травного тракту: причини, клініка, діагностика.
2. Гострі ерозивно-виразкові ушкодження травного тракту: причини, тактика лікування
3. Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка: особливості лікувальної тактики на сучасному етапі
4. Синдром Меллорі-Вейса, виразкування Dieulafoy, онкологічна патологія як причини шлунково-кишкових кровотеч
5. Кровотечі з нижніх відділів травного тракту: причини, клініка, діагностика
6. Колоректальний рак, ускладнений кровотечею
7. Інші причини шлунково-кишкових кровотеч

Короткий зміст заняття:

Гострі шлунково-кишкові кровотечі є ускладненням різних захворювань. Загальним для всіх цих захворювань (первинних або вторинних) є ушкодження (арозія) судини й витікання крові в просвіт того або іншого органа травного каналу: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, клубової і товстої кишок. Виразкова хвороба є найчастішою причиною шлунково-кишкових кровотеч. Основними методами лікування виразкових гастроудоденальних кровотеч є поєднання інтенсивної противиразкової терапії згідно з Маастріхт-III з методиками ендоскопічного гемостазу (термічні, ін'єкційні, аргоноплазмова коагуляція). Операційне втручання використовується при неможливості зупинити кровотечу (екстрені) або для попередження її рецидиву (превентивні). Гострі ерозивно-виразкові ускладнення виникають внаслідок гормонального дисбалансу та викиду цитокінів при важких септичних, травматичних процесах, а також внаслідок місцевої дії на слизову травного тракту нестероїдних протизапальних засобів та гормонів. Кровотечі при цирозі печінки спричинені прогресуванням портальної гіпертензії та розривом варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. Основною причиною кровотеч в нижніх відділів травного тракту є ангідисплазії, колоректальний рак та дивертикульоз товстої кишки. Для діагностики цих геморагій застосовується фіброколоноскопія (фібросигмоскопія).

Напрямки дискусії:

1. Особливості клінічної симптоматики при кровотечах з верхніх та нижніх відділів травного тракту

2. Значення ендоскопічного дослідження в діагностиці та лікуванні шлунково-кишкових кровотеч
3. Методи ендоскопічного гемостазу
4. Особливості фармакотерапії при виразкових гастродуоденальних кровотечах
5. Операційні втручання при кривавлячих виразках: показання, методи.
6. Особливості лікувальної тактики при стравохідно-шлункових геморагіях внаслідок портальної гіпертензії
7. Синдром Меллорі-Вейса: причини виникнення, лікування
8. Методи лікування кровотеч з нижніх відділів травного каналу.

Тема практичного заняття №3. *Діагностика та лікування ранніх ускладнень після операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці*

Навчальна мета заняття: сформувати знання про види та причини виникнення ранніх ускладнень на оперованому шлунку та дванадцятипалій кишці.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних та інструментальних даних діагностувати ранні ускладнення після операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці, опрацювати принципи надання невідкладної допомоги.

Навчальні питання:

1. Причини виникнення ранніх ускладнень оперованого шлунка та дванадцятипалої кишки
2. Ранні ускладнення: види, клінічна симптоматика
3. Методи надання невідкладної допомоги при ранніх ускладненнях
4. Профілактика ранніх ускладнень

Короткий зміст заняття:

Ранніми ускладненнями операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці є шлунково-кишкові кровотечі зі швів на малій кривині анастомозу, виразок або ерозивних кукси шлунка; гемоперитонеум, як наслідок коагулопатії, травмування печінки, селезінки, підшлункової залози; недостатність швів дуоденальної кукси; анастомозит. Виникають від кількох годин до 4-5 діб від моменту первинної операції. Лікувальна тактика залежить від субстрату ускладнення.

Контрольні питання:

1. Причини та перша допомога при шлунково-кишкових кровотечах після операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці
2. Недостатність швів кукси дванадцятипалої кишки: причини, клініка, діагностика
3. Лікувальна тактика при недостатності кукси дванадцятипалої кишки
4. Анастомозит: причини, клініка, діагностика
5. Консервативна терапія анастомозиту
6. Виразки та ерозії кукси шлунка

## 7. Профілактика ранніх ускладнень.

### Тема практичного заняття №4. *Діагностика та хірургічні методи лікування гриж білої лінії живота*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про грижі білої лінії живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно діагностувати та лікувати грижі білої лінії живота.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Причини виникнення гриж білої лінії живота
3. Клінічна картина гриж білої лінії живота
4. Хірургічні методи лікування гриж білої лінії живота

Короткий зміст теми заняття:

Грижі білої лінії живота (*hernia lineae albae*) складають 11% від загальної кількості черевних гриж. У розвитку гриж білої лінії має значення підвищення внутрішньочеревного тиску, яке сприяє проникненню передочеревинної жирової клітковини в щілині білої лінії. Спочатку утворюється передочеревинна ліпома, яка з часом затягує за собою очеревину, з якої в послідуєчому формується грижовий мішок. Грижі білої лінії здебільшого невеликих розмірів – від 1 до 10 см. Вмістом гриж білої лінії може бути великий чепець, петлі тонкої кишки або товста кишка. У випадках підчеревних гриж їх вмістом може бути сечовий міхур або його дивертикули. Грижовий мішок білої лінії покритий підшкірною клітковиною, поперечною фасцією і передочеревинною клітковиною. Серед факторів, які сприяють розширенню та витонченню білої лінії, а отже, і утворенню гриж, суттєве значення має важка фізична праця та вагітність. За локалізацією розрізняють надчеревні (*hernia epigastrica*), біляпупкові (*hernia paraumbilicalis*) і підчеревні (*hernia hypogastrica*). В більшості випадків клініка гриж білої лінії живота мало виражена. Грижі білої лінії живота підлягають хірургічному лікуванню. Характер і обсяг операційних втручань при цих грижах залежить від локалізації і розмірів грижі, анатомічних змін білої лінії живота. Слід враховувати також наявність супровідного діастазу прямих м'язів живота. Пластику грижових воріт проводять власним тканинами або із використанням сітчастих алотрансплантатів.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Причини виникнення гриж білої лінії живота
3. Класифікація гриж білої лінії живота
4. Стадії формування грижі
5. Клінічна картина гриж білої лінії живота
6. Хірургічні методи лікування гриж білої лінії живота



Тема практичного заняття №5. *Діагностика та хірургічні методи лікування пупкових гриж*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про діагностику та лікування пупкових гриж.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно діагностувати та лікувати пупкові грижі.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Визначення поняття грижі
3. Будова грижі, ускладнення гриж
4. Клінічна картина пупкових гриж
5. Хірургічні методи лікування пупкових гриж

Короткий зміст теми заняття:

Пупковими грижами називають випинання, які виходять через пупкове кільце або передню черевну стінку ділянки пупка. Пупкові грижі у дорослих складають 5-12% від числа всіх гриж передньої черевної стінки. Розрізняють: 1) грижі пуповини (ембріональні грижі); 2) пупкові грижі у дітей; 3) пупкові грижі у дорослих. Пупкові грижі дорослих розділяють на прямі і косі. Прямі пупкові грижі виникають у разі витонченої поперечної фасції в ділянці пупкового кільця. При великих грижах часто хворих турбує біль в ділянці випинання, нудота, затримка випорожнень, блювання. З додаткових методів діагностики застосовують рентгенографію живота в боковій проекції для визначення характеру вмісту. При невеликих дефектах пластику грижових воріт проводять за Лекслером, накладаючи кисетний шов на краї апоневротичного дефекту пупка. При наявності діастазу прямих м'язів доцільно робити вертикальний розріз по середній лінії, а пластику грижових воріт – за методом Сапежко. У випадках великого жирового фартуха розріз проводять поперечно з врахуванням його висічення, а пластику грижових воріт виконують за методом Мейо.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Будова пупка, пупкового кільця
3. Причини виникнення пупкових гриж
4. Клінічна картина вправимої та невправимої пупкової грижі.
5. Клінічна картина защемленої пупкової грижі
6. Пластика пупкової грижі за методом Лекслера
7. Пластика пупкової грижі за методом Сапежко
8. Пластика пупкової грижі за методом Мейо

Тема практичного заняття № 6. *Інфузійно-трансфузійна терапія з метою гемостазу, при дефіциті клітинних елементів крові, при гіповолемії*

Навчальна мета заняття : сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про інфузійно-трансфузійну терапію при дефіциті клітинних елементів крові, при гіповолемії та з метою гемостазу.

Практично орієнтована: сформувати у лікарів – інтернів сучасні знання про інфузійно-трансфузійну терапію при гіповолемії та дефіциті клітинних елементів крові.

Навчальні питання:

1. Причини виникнення та механізми порушення гемостазу
2. Захворювання та патологічні стани, пов'язані з дефіцитом клітинних елементів крові
3. Патогенез виникнення гіповолемічних порушень
4. Інфузійно-трансфузійна терапія з метою гемостазу
5. Характеристика та застосування компонентів донорської крові при дефіциті клітинних елементів крові
6. Застосування засобів інфузійно-трансфузійної терапії при гіповолемії

Короткий зміст заняття :

Система гемостазу направлена на підтримку рідкого стану циркулюючої крові, зупинку кровотечі, має дію на реологічні властивості крові, мікроциркуляцію, проникність судин. У процесі гемостазу виділяють 3 стадії: судинно-тромбоцитарний, ферментативної коагуляції та фібринолізу. Обстеження системи гемостазу проводиться в 2 етапи. Перший етап скринінговий (визначення кількості тромбоцитів, тривалості кровотечі, АЧТЧ, протромбінового часу). Комплекс лабораторних досліджень другого етапу є уточнюючим і включає проведення додаткових аналізів необхідних на основі виявлених відхилень при першому етапі. Лабораторно-діагностичні методи дозволяють визначити порушення певної стадії гемостазу, а також виявити захворювання, обумовлені дефіцитом клітинних елементів крові і провести адекватну трансфузійну компонентну терапію (еритроцитною масою, відмитими еритроцитами, тромбоцитною чи лейкоцитарною масою, плазмою, кріопреципітатом та інш.). Гіповолемічні порушення можуть бути обумовлені кровотечею або негеморагічними втратами рідини (зневоднення внаслідок діареї, блювання, нориці, панкреатиту, опіків, непрохідністю кишок, перитонітом, асцитом). Зупинка кровотечі і застосування колоїдних, кристалоїдних розчинів, а також препаратів донорської крові дозволяють провести корекцію гіповолемічних порушень.

Контрольні питання:

1. Етапи процесу гемостазу
2. Алгоритм обстеження системи гемостазу
3. Характеристика препаратів для корекції гемостазу
4. Патологічні стани та захворювання , які супроводжуються дефіцитом клітинних елементів крові

5. Компонентна інфузійно-трансфузійна терапія при дефіциті клітинних елементів крові
6. Причини виникнення гіповолемії
7. Класифікація препаратів для корекції гіповолемічних порушень.

Тема практичного заняття №7. ***Клініка і діагностика виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів поняття про клінічні ознаки виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, їх діагностику і диференційну діагностику

Професійно орієнтована: навчити діагностувати виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки на основі клінічної картини захворювання та інтерпретації результатів додаткових методів дослідження

Навчальні питання:

1. Етіологія і патогенез виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.
2. Клінічні ознаки виразкової хвороби шлунка
3. Клінічні симптоми виразкової хвороби дванадцятипалої кишки
4. Діагностика виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
5. Диференційна діагностика виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки

Короткий зміст заняття:

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки – це хронічне захворювання з поліциклічним перебігом, основним проявом якого є наявність виразкового дефекту в слизовій оболонці, відповідно, шлунка або дванадцятипалої кишки. Важливу роль в утворенні виразки відіграють дуоденогастральний рефлюкс і розвиток гастриту, а також інфекційний чинник, зумовлений, головним чином, *Helicobacter pylori*. При виразці шлунка біль виникає від голоду і полегшується після приймання їжі. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки біль виникає через 1,5-2 год. після приймання їжі, а також характерний нічний біль; сезонний характер болю – навесні і восени. Блювання слід вважати другим характерним симптомом виразкової хвороби. Прямими ознаками виразки при рентгенологічному обстеженні є симптом "ніші", виразковий вал і конвергенція складок слизової оболонки. Гастродуоденоскопія може дати цінну інформацію про локалізацію, розміри, характер виразки, динаміку її загоєння, а також дозволяє виконати біопсію з подальшим гістологічним дослідженням відносно малігнізації. Виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки доводиться диференціювати з багатьма захворюваннями, найчастіше – з гострим і хронічним холециститом, панкреатитом, гастродуоденітом.

Контрольні питання:

1. Клінічна картина виразкової хвороби шлунка
2. Клінічні симптоми виразки дванадцятипалої кишки
3. Роль *Helicobacter pylori* у виникненні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
4. Рентгенологічне дослідження шлунка, інтерпретація результатів дослідження
5. Ендоскопічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки, інтерпретація результатів дослідження
6. Диференційна діагностика виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки

Тема практичного заняття № 8. *Клініка, диференційна діагностика і лікування пельвіоперитоніту*

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про клініку та лікування пельвіоперитоніту.

Практично орієнтована: навчити лікарів – інтернів клінічним проявам, диференційній діагностиці та методам лікування пельвіоперитоніту.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогенез пельвіоперитоніту
2. Клінічний перебіг запальних захворювань органів малого тазу
3. Алгоритм обстеження хворих на тазовий перитоніт
4. Диференційна діагностика у хворих з пельвіоперитонітом
5. Принципи лікування пацієнтів із запальними захворюваннями органів малого тазу
6. Об'єм хірургічних втручань при пельвіоперитоніті. Роль лапароскопії в діагностиці та лікуванні.

Короткий зміст заняття:

Пельвіоперитоніт – запалення тазової очеревини малого тазу, яке розвивається вторинно внаслідок запалення матки, маткових труб, ячників. Провокуючими чинниками тазового перитоніту є місячна, статевий акт, ятрогенні причини. Найбільш вагомими клінічними проявами пельвіоперитоніту : болі в ділянці малого тазу, метрорагії, слизисто-гнійні виділення з піхви або цервікального каналу, підвищення температури до 38° С , дизуричні явища, запальні зміни аналізу крові. Клінічний діагноз виставляється на основі анамнезу, клініко-лабораторного обстеження (загальні клінічні аналізи, бактеріологічне дослідження з визначення збудника), огляду у дзеркалах, бімануального обстеження, пункції заднього склепіння, УСГ малого тазу, лапароскопії. Диференційну діагностику слід проводити із ектопічною вагітністю, ускладненою кістою яєчника, гострим апендицитом, запальними захворюваннями кишок, некрозом міоматозного вузла. Консервативна терапія пельвіоперитоніту включає застосування антибіотиків (цефалоспорини II–III покоління, фторхінолони, аміноглікозиди), метронідазол, десенсибілізуючі та

протигрибкові препарати, анальгетики, спазмолітини, пробіотики. Хірургічні втручання виконують при неефективності консервативного лікування, а також при ускладненнях захворювань органів малого тазу.

Контрольні питання :

1. Фактори ризику та провокуючі чинники виникнення або загострення пельвіоперитоніту
2. Клінічні прояви тазового перитоніту
3. Клінічні та інструментальні методи діагностики пельвіоперитоніту
4. Диференційна діагностика при тазовому перитоніті
5. Схеми лікування при запальних захворюванням органів малого тазу
6. Хірургічний метод у лікування пельвіоперитоніту.

### Тема практичного заняття №9. *Клініка, диференційна діагностика і лікування порушеної позаматкової вагітності*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінікою, диференційною діагностикою і лікуванням порушеної позаматкової вагітності.

Професійно орієнтована: навчити правильної інтерпретації клінічних симптомів, даних допоміжних методів обстеження, визначення оптимальної тактики лікування.

Навчальні питання:

1. Класифікація позаматкової вагітності
2. Клінічна картина
3. Диференційна діагностика
4. Принципи консервативної терапії
5. Покази та види операційного лікування

Короткий зміст заняття:

Позаматкова вагітність – це імплантація та розвиток плідного яйця поза порожниною матки. За локалізацією розрізняють: трубну, яєчникову, не уточнену та іншу форми позаматкової вагітності. При порушенні ектопічної вагітності розрізняють два основних симптоми: кровотеча та біль. При розриві маткової труби виникає раптовий гострий біль, настає втрата свідомості та з'являються ознаки геморагічного шоку. Біль локалізується в ділянці перерваної вагітності, іррадіює в крижі або до внутрішньої поверхні стегна. При порушеній ектопічній вагітності кровотеча буває внутрішньою та зовнішньою. Гостра внутрішня кровотеча, залежно від швидкості та кількості крововтрати, проявляється у вигляді відчуття раптової слабості, втрати свідомості та геморагічного шоку. Диференційну діагностику проводять з перекрутом або розривом кісти яєчника, гострим апендицитом, перериванням маткової вагітності, крововиливом у жовте тіло, апоплексією яєчника. Лікування поділяють на операційне: сальпінгостомія (туботомія), сегментарна резекція маткової труби, сальпінгектомія та консервативне лікування: метотрексат (з обов'язковим визначенням b-субоддиниці ХГЛ у сироватці крові та проведення УСГ трансвагінальним датчиком).

Контрольні питання:

1. Класифікація позаматкової вагітності, чинники, що сприяють виникненню цієї патології
2. Клініка розриву маткової труби та трубного викидня
3. Клініка та діагностику рідкісних форм позаматкової вагітності
4. Алгоритм діагностики позаматкової вагітності
5. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення (кровотеча, безпліддя).

Тема практичного заняття № 10. ***Клініка, диференційна діагностика і лікування розриву і перекруту кісти яєчника***

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінікою, диференційною діагностикою і лікуванням розриву та перекруту кісти яєчника.

Професійно орієнтована: навчити встановлювати покази та методи хірургічного лікування при розриві та перекруті кісти яєчника.

Навчальні питання:

1. Причини розриву та перекруту кісти яєчника
2. Клінічна картина
3. Диференційна діагностика
4. Принципи лікування розриву кісти яєчника
5. Принципи лікування перекруту кісти яєчника

Короткий зміст заняття:

Розрив капсули пухлини яєчника може бути наслідком травми живота, необережного дослідження лікаря (пальпація живота, бімануальне дослідження), бурхливого статевого акту та ін. Перекрут ніжки пухлини яєчника часто пов'язаний зі зміною положення тіла, фізичним напруженням, посиленою перистальтикою кишок, переповненням сечового міхура з довгою рухомою ніжкою кистоми. Розрив та перекруту кісти яєчника проявляються ознаками "гострого живота": гострий біль в животі, нудоту, холодний піт, блювання. Часто перекрут ніжки пухлини призводить до розвитку шокового стану. Виявляються перитонеальні ознаки: здутий, болючий при пальпації живіт, різко виражений симптом Щоткіна-Блюмберга в проекції пухлини. Диференційну діагностику проводять з гострим перитонітом на основі піосальпінксу, некрозу фібриматозного вузла на ніжці, гострого апендициту, гострою непрохідністю кишок, порушеною трубною вагітністю, апоплексією яєчника, нирковою колькою. Основними принципами лікування є раннє операційне втручання (кістомектомія при перекруті ніжки та резекцією яєчника в межах здорової тканини при розриві капсули) з поєднанням адекватної консервативної терапії.

Контрольні питання:

1. Топографічна анатомія органів малого тазу, кровопостачання та іннервація яєчників
2. Основні види хірургічних доступів при операціях на органах малого тазу
3. Етіологічні фактори розриву та перекруту кісти яєчника

4. Основні клінічні симптоми та діагностична програма
5. Принципи операційного втручання при розриві та перекруті кісти яєчника.

Тема практичного заняття №11. ***Клініка, діагностика та диференційна діагностика гострого апендициту***

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про клініку, діагностику та диференційну діагностику гострого апендициту.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-слухачів на основі збору анамнезу, фізикального обстеження та результатів обстежень проводити диференційну діагностику гострого апендициту та встановлювати діагноз "Гострий апендицит".

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса
2. Анамнестичні ознаки гострого апендициту
3. Провідні симптоми гострого апендициту
4. Діагностичні особливості діагностики гострого апендициту
5. Особливості диференційної діагностики гострого апендициту

Короткий зміст заняття:

Клініка гострого апендициту залежить від розташування червоподібного відростка в черевній порожнині, характеру передуючої фармакотерапії, реактивності організму, стадії захворювання та наявності ускладнень. Серед основних симптомів гострого апендициту, окрім нездужання, є симптом Кохера та локальне захисне напруження м'язів передньої черевної стінки. Поряд із збором анамнезу та фізикальним обстеженням, у діагностиці використовують загальноклінічні лабораторні дослідження, ультрасонографію, консультації суміжних спеціалістів, при сумнівній картині – відеолапароскопію. Диференційна діагностика є широкою, оскільки включає спектр як функціональної, так і органічної патології органів не лише правої здухвинної ділянки, але й всієї черевної порожнини.

Контрольні питання:

1. Симптоми гострого апендициту
2. Зв'язок клініки гострого апендициту з варіантами його розміщення
3. Способи підтвердження діагнозу "Гострий апендицит"
4. Методи інструментальної діагностики гострого апендициту.

Тема практичного заняття №12. ***Клінічна картина невправимих і защемлених гриж. Їх ускладнення. Особливості операцій***

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про ускладнення гриж живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити диференційну діагностику невправимих та защемлених гриж живота та вибирати правильну тактику хірургічного лікування.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Визначення поняття грижі
3. Ускладнення гриж (гострі, хронічні)
4. Хірургічні методи лікування ускладнених гриж живота

Короткий зміст заняття:

Причиною защемлення, як правило, є раптове підвищення внутрішньочеревного тиску. Виділяють защемлення справжнє та несправжнє (грижа Брока). За справжнього защемлення відбувається стиснення вмісту грижового мішка в грижових воротах або в шийці грижового мішка з порушенням кровообігу в защемленому органі і появою інтенсивного болю ішемічного генезу. За несправжнього защемлення біль виникає внаслідок потрапляння в грижовий мішок органів черевної порожнини при гострих хірургічних захворюваннях. За механізмом утворення защемлення розрізняють еластичне та калове. Калове защемлення виникає при швидкому надходженні вмісту кишок у привідну петлю кишки, що розташована у грижовому мішку, з подальшим стисканням відвідної петлі. Основою калового защемлення є порушення функції кишок. Рідкісні форми еластичного защемлення: ретроградне (Майдля); пристінкове (Ріхтера); защемлення дивертикула Меккеля (грижа Літтре). Класичними клінічними ознаками защемлення грижі є: раптовий, інтенсивний біль у ділянці грижового випинання або в черевній порожнині; невправність грижі, яка раніше вправлялася; швидке збільшення та напруження грижового випинання; неможливість визначення грижових воріт; негативний симптом кашльового поштовху; поява та прогресування клінічних ознак гострої непрохідності кишок. Операційне втручання з приводу защемленої грижі має свої особливості. Після виділення грижового мішка його розтинають і здійснюють санацію грижового вмісту та рани, щоб запобігти потраплянню у черевну порожнину інфікованої грижової води, що міститься в грижовому мішку. Грижа, що існує протягом багатьох років, як правило, стає невправною. Чим більші розміри грижі, тим частіше вона стає невправною. Невправність грижі може бути повною або частковою. Часткову невправність нерідко спостерігають у разі природженої грижі (пупкової, пахвинної), коли спайки утворюються ще у внутрішньоутробний період. Повна невправність виникає за тривалого існування набутої грижі. Клінічні ознаки невправної грижі подібні до симптомів неускладненої вправної грижі, проте більш чітко виражені. Невправна грижа більш схильна до защемлення, ніж вправима. Лікування невправної грижі операційне, його етапи істотно не різняться від таких з приводу вправної грижі.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки
2. Причини виникнення защемлення грижі



3. Види защемлень (справжнє, несправжнє, еластичне, калове)
4. Рідкісні види еластичного защемлення гриж (ретроградне (Майдля), пристінкове (Ріхтера), защемлення дивертикула Меккеля (грижа Літтре), їх характеристика.
5. Невправима грижа: причини, механізм виникнення, класифікація
6. Клінічна картина защемленої та несправимої грижі
7. Особливості операційних втручань при защемленій грижі
8. Сучасні матеріали і способи пластики гриж.

Тема практичного заняття №13. **Консервативні методи лікування виразкової хвороби**

Навчальна мета заняття: сформувати сучасне уявлення про консервативне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, як основний метод лікування, роз'яснити основні схеми лікування і сучасні фармакотерапевтичні середники, які для цього використовують.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вміти застосовувати той або інший метод лікування виразкової хвороби в залежності від характеру і локалізації виразки, знати сучасні фармакотерапевтичні середники та їх механізм дії.

Навчальні питання:

1. Мета і завдання медикаментної терапії виразкової хвороби
2. Метод потрійної терапії виразкової хвороби
3. Метод квадротерапії
4. Лікування антисекреторними середниками
5. Контроль ефективності противиразкової терапії

Короткий зміст заняття:

Консервативне лікування – основний вид лікування неускладненої виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Мета терапії виразкової хвороби –вилікувати хворого шляхом проведення патогенетичного лікування та усунення основної причини, у першу чергу – гелікобактерної інфекції. Потрійна терапія виразкової хвороби триває від 7 до 14 днів і передбачає застосування блокаторів протонної помпи (омепразол, лансопразол, пентапразол) у стандартному дозуванні, антигелікобактерної терапії при наявності гелікобактерної інфекції в шлунку (кларитроміцин 500 мг двічі на добу та амоксицилін 1000 двічі на добу). Квадротерапія виразкової хвороби триває 7 днів і передбачає застосування блокаторів протонної помпи, препарат колоїдного вісмуту, метронідазол і тетрациклін. Після завершення комбінованої ерадикаційної терапії або при відсутності гелікобактерної інфекції в шлунку проводять лікування антисекреторними середниками: інгібітори протонної помпи, блокатори H<sub>2</sub> рецепторів гістаміну 4-6 тижнів при виразках дванадцятипалої кишки і 6-8 тижнів при виразці шлунка, цитопротектори. Контроль ефективності

проведеного лікування: відсутність скарг і симптомів захворювання, дані рентгенологічного і ендоскопічного дослідження.

Контрольні питання:

1. Показання до консервативного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
2. Мета і завдання консервативного лікування виразкової хвороби
3. Потрійна терапія виразкової хвороби: ліки, дозування
4. Квадротерапія виразкової хвороби: ліки, дозування
5. Лікування антисекреторними середниками; контроль ефективності проведеного лікування.

Тема практичного заняття №14. *Коректори кислотно-лужного і водно-сольового балансу. Лікувальна гемодилуція*

Навчальна мета заняття : сформулювати у лікарів-інтернів сучасні знання про варіанти порушення білкового обміну, розлади кислотно-лужного та водно-електролітного станів.

Практично орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати розлади білкового обміну та розлади кислотно-лужного та водно-електролітного стану та дати їм клінічну оцінку.

Навчальні питання:

1. Біологічні функції білків. Клініко-діагностичне значення дослідження протеїнограми
2. Основні типи змін в білковому спектрі сироватки крові (гострі та хронічні запальні процеси при порушенні функції нирок, при злоякісних новоутворах, захворюваннях печінки)
3. Порушення водного обміну (дисгідрія). Клітинні та позаклітинні дегідратації та гіпергідратації
4. Клініко-діагностичне значення дослідження калію та натрію. Причини виникнення і прояви гіпер- та гіпокаліємії, гіпо- та гіпернатріємії
5. Характеристика гіпер- і гіпокальцимії
6. Порушення кислотно-лужного стану. Причини виникнення і основні захворювання, які супроводжують метаболічні і дихальні алкалози та ацидозу

Короткий зміст заняття :

Біологічна роль білків багатогранна, найбільш важливі функції білків – структурні, каталітичні, захисні, транспортні, енергетичні. Білки підтримують онкотичний тиск крові і діляться на 5 фракцій: альбумін та 4 глобулінові. Типи змін в білковому спектрі сироватки відповідають певним захворюванням. Порушення водного обміну (дисгідрії) викликають порушення розподілу води і електролітів в певному секторі. Клітинна дегідратація пов'язана з втратою води або надлишком солей в організмі( нецукровий діабет, гіпертермія, опіки, недостатнє виділення натрію при гломерулонефриті). Позаклітинна дегідратація

– обумовлена втратою солей при блювоті, проносі, утворенні обширних трансудатів і ексудатів. Загальна гіпергідратація настає при насиченні водою як клітинного так і позаклітинного простору. Позаклітинна гіпергідратація часто виникає при порушенні видільної функції нирок, при серцево-судинній недостатності, підвищеній проникності судинних стінок при алергії. При прогресуванні позаклітинної гіпергідратації виникає клітинна гіпергідратація. При порушенні електролітного обміну: гіпокаліємія спостерігається при пілоростенозах, кишкових норицях, цукровому діабеті. Гіперкаліємія – при масивних гемотрансфузіях, опіках, гнійно-септичних захворюваннях, гемолізі, пухлинах. Гіпонатріємія відмічається при серцево-судинній патології (безсолева дієта), видаленні великої кількості асцитичної рідини. Гіпернатріємія буває при тяжкому блюванні, проносах, поліуричних станах. В залежності від реакції середовища виділяють метаболічні та дихальні алкалози та ацидозу.

Контрольні питання:

1. Білкові фракції крові. Основні білки  $\alpha$ - і  $\beta$ -глобулінових фракцій та їх функції
2. Характеристика білкового спектру сироватки крові при гострих та хронічних запальних процесах
3. Характеристика клітинної та позаклітинної гіпергідратації
4. Клініко-діагностичне значення гіпо- і гіперкаліємії
5. Абсолютні і відносні гіпер і гіпонатріємія
6. Клініко-діагностичне значення гіпо- і гіперкальціємії
7. Порушення кислотно-лужного стану (алкалози і ацидозу)

Тема практичного заняття № 15. *Лабораторна діагностика коагуляційного гемостазу*

Навчальна мета заняття : сформувати у лікарів – інтернів сучасні знання про систему коагуляційного гемостазу та лабораторні методи дослідження.

Практично орієнтована: навчити лікарів – інтернів на основі лабораторних даних розпізнати порушення коагуляційного гемостазу.

Навчальні питання:

1. Характеристика I і II стадії коагуляційного гемостазу
2. Особливості зовнішнього та внутрішнього механізмів активації процесів згортання крові
3. Основні етапи III стадії згортання крові
4. Визначення часу згортання крові, часу рекальцифікації плазми та оцінка результатів досліджень
5. Роль в оцінці коагуляційного гемостазу протромбінового часу, активованого часткового тромбoplastинового часу та аутокоагуляційного тесту
6. Методики визначення тромбінового часу згортання і фібриногену

Короткий зміст:

Згортання крові – це ланцюговий ферментативний процес, в якому послідовно відбувається активація факторів згортання. Сутність згортання крові полягає в переході розчинного білка крові фібриногену в нерозчинний фібрин, в результаті чого утворюється міцний тромб. Процес згортання крові здійснюється в три послідовні фази. I фаза формування активної протромбінази. II фаза – утворення тромбінової активності, III – перетворення фібриногену у фібрин (включає два етапи – полімеризація фібрину і стабілізація фібрину та ретракція згустку). У лабораторній діагностиці коагуляційного гемостазу використовують наступні дослідження: 1. Визначення часу згортання за Лі-Уайтом. Подовження часу згортання пов'язано або з вираженим дефіцитом декількох факторів, або з надлишком антикоагулянтів в крові. 2. Визначення часу рекальцифікації плазми. Дозволяє отримати інформацію про стан всього гемокоагуляційного каскаду і провести орієнтовну диференціацію між порушеннями внутрішнього і зовнішнього механізмів запуску процесу згортання крові. 3. Визначення протромбінового часу. Характеризує процес згортання за зовнішнім механізмом (фактор VII) і загальному шляху (фактори X, V, II, і I). 4. Визначення активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ). Показники залежать від дефіциту плазмових факторів і не залежить від кількості тромбоцитів. 5. Аутокоагуляційний тест. Дає уяву про стан прокоагулянтної та антикоагулянтної ланки згортальної системи крові, відображає кінетику обох процесів. 6. Визначення тромбінового часу згортання. Тромбіновий тест оцінює кінцевий етап процесу згортання під впливом стандартної кількості тромбіна. 7. Визначення вмісту фібриногену. В нормі складає 2-4 г/л.

Контрольні питання :

1. Основні етапи формування протромбінази
2. Характеристика незалежних механізмів активації процесів згортання крові
3. Шлях утворення тромбі нової активності та фібрину
4. Причини видовження часу згортання крові
5. Визначення часу рекальцифікації плазми, показники в нормі та при дефіциті факторів плазми
6. Визначення активованого часткового тромбoplastинового часу, показники в нормі та при дефіциті факторів плазми
7. Методики визначення фібриногену та причини його підвищення.

Тема практичного заняття №16. *Лікування апендикулярного інфільтрату. Особливості операційної техніки розкриття періапендикулярного абсцесу*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів уявлення про лікування апендикулярного інфільтрату та особливості операційного розкриття періапендикулярного абсцесу..

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі огляду хворих та інтраопераційних спостережень проводити лікування апендикулярного інфільтрату та періапендикулярного абсцесу.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса
2. Передумови формування апендикулярного інфільтрату
3. Клініка апендикулярного інфільтрату
4. Види операційних доступів при періапендикулярному абсцесі

Короткий зміст заняття:

Апендикулярний інфільтрат є різновидом ускладненого гострого апендициту. Апендикулярний інфільтрат є пухлиноподібним утвором, у який входять великий чепець, петлі тонкої, сліпої та частини висхідної ободової кишок, які відмежовують патологічний процес від вільної черевної порожнини. Лікування апендикулярного інфільтрату є суворо консервативним, стаціонарним, при стабілізації стану, через 3-4 міс. – операційним (планова апендектомія). При виявленні періапендикулярного абсцесу, апендикс при можливості видаляють, ложе гнійника санують антисептиками та широко дрениують.

Контрольні питання:

1. Передумови розвитку апендикулярного інфільтрату
2. Методи діагностики апендикулярного інфільтрату
3. Фармакотерапія апендикулярного інфільтрату
4. Ситуативні варіанти операційної тактики при періапендикулярному абсцесі.

Тема практичного заняття №17. *Методи декомпресії кишки на операційному столі і у післяопераційному періоді*

Навчальна мета заняття: сформувані уявлення про різні методи декомпресії кишки, показання до застосування того або іншого методу відповідно до наявної патології, технічні особливості виконання різних методів декомпресії, їх переваги та недоліки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів різним методикам виконання декомпресії кишки перед, підчас і після операції.

Навчальні питання:

1. Лікувальна тактика та вибір методу лікування гострої кишкової непрохідності
2. Ведення хворих оперованих з приводу непрохідності кишок
3. Покази і протипокази до інтубації кишки
4. Види інтраопераційного тюбажу кишки

Короткий зміст заняття:

Тактика до операції.

1. Промивання шлунка, очисна (сифонна при необхідності) клізма, спазмолітини, знеболення.

2. У випадку розршення кишкової непрохідності після проведення консервативної терапії хворий підлягає повному клінічному обстеженню з метою з'ясування причини непрохідності.

3. У випадку відсутності ефекту від консервативного лікування показана екстрена операція.

Передопераційна підготовка включає в себе наступні процедури.

- Корекція дегідратації.
- Корекція електролітного дисбалансу та кислотно-лужної рівноваги.
- Назогастральна декомпресія.
- Корекція декомпенсації супровідних захворювань.
- Профілактика венозних тромбозів і емболій.

Після встановлення причини непрохідності хірургічне втручання має наступні завдання:

- Усунення непрохідності кишки.
- Оцінка життєздатності кишки.
- Визначення показань до резекції кишки.
- Ліквідація (при можливості) основного захворювання, яке призвело до ГКН, та попередження рецидиву хвороби.
- Визначення показань до дренивання кишки.
  - Санація і дренивання черевної порожнини.

Головне завдання операційного втручання – відновлення пасажу вмісту по кишці (розсічення зростів, розправлення завороту, вузлів петель, дезінвагінація, видалення пухлини). Після виконання лапаротомії здійснюють ревізію черевної порожнини, перед початком якої рекомендується зробити новокаїнову блокаду брижі тонкої й товстої кишок. Ревізія починається від дуоденоєюнального переходу, поступово наближаючись до ілеоцекального кута. Орієнтування здійснюється по петлях кишки, роздутих газом, які розташовуються вище місця перешкоди. При роздутті всього тонкої кишки – локалізація непрохідності в товстій кишці. При ревізії визначають життєздатність кишки, етіологію непрохідності. Особливу увагу звертають на "типові" місця: кутові сегменти (печінковий і селезінковий кути ободової кишки), місця виникнення внутрішніх гриж (внутрішні пахвинні й стегові кільця, затульний отвір, зв'язка Трейца, Вінсловий отвір та отвір діафрагми). Часто етапом операції при кишкової непрохідності є декомпресія ШКТ (інтубація кишки).

Показання для інтубації тонкої кишки: паретичний стан тонкої кишки; резекція кишки або ушивання отвору в її стінці за умов парезу або розлитого перитоніту; релапаротомія з приводу ранньої спайкової або паралітичної непрохідності; повторне операційне втручання з приводу спайкової непрохідності; накладання первинних товстокишкових анастомозів при ГКН; дифузний перитоніт; наявність великої заочеревинної гематоми або флегмони заочеревинного простору в поєднанні з перитонітом.

Контрольні питання:

1. Гостра кишкова непрохідність: клініка, класифікація, діагностика, лікування

2. Способи хірургічного лікування
3. Методи декомпресії кишки
4. Післяопераційний період у хворих оперованих з ГКН

#### Тема практичного заняття №18. *Методи резекції шлунка*

Навчальна мета заняття: сформулювати уявлення про різні методи резекції шлунка, показання до застосування того або іншого методу резекції відповідно до наявної патології, технічні особливості виконання різних методів резекції, їх переваги та недоліки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вміти визначати показання до застосування того або іншого методу резекції шлунка в залежності від наявної патології, знати основні етапи резекції, можливі наслідки та ускладнення.

Навчальні питання:

1. Абсолютні та відносні показання до резекції шлунка
2. Показання і етапи виконання резекції шлунка за Більрот-1
3. Показання і етапи виконання резекції шлунка за Більрот-2
4. Інші види і методи резекції шлунка
5. Ускладнення після резекції шлунка

Короткий зміст заняття:

Резекція шлунка показана при рецидиві виразки після проведеного або під час проведення курсу консервативної противиразкової терапії, при підозрі на малігнізацію виразки, при суб- і декомпенсованому стенозі, при повторних виразкових кровотечах, при хронічних пенетруючих виразках, які супроводжуються вираженим больовим синдромом. Вибір методу резекції шлунка повинен враховувати локалізацію і розміри виразки, наявність гастро- і дуоденостазу, супровідного гастриту, ускладнень виразкової хвороби (пенетрація, стеноз, перфорація, кровотеча, малігнізація), вік хворого, загальний стан і супровідні захворювання. Операцією вибору у хворих із кардіальною локалізацією виразки є проксимальна резекція шлунка, яка дозволяє видалити виразку і зберегти значну частину органа, забезпечивши цим його функціональну здатність. Хворим з антральними виразками і передпілоричними виразками, які за своїм генезом близькі до виразок дванадцятипалої кишки, треба рекомендувати резекцію шлунка за методом Більрот-1 у тих випадках, коли немає явищ дуоденостазу, а при наявності дуоденостазу – резекцію за методом Більрот-2. Ускладнення після резекцій шлунка можна поділити на функціональні і органічні. До першої групи відносяться: демпінг-синдром, пострезекційна астения, синдром малого шлунка, гастроєзофагальний рефлюкс, синдром привідної петлі. До другої групи відносяться: пептична виразка, рубцева деформація і звуження анастомозу, шлунково-кишкова норія, неспроможність швів гастроентероанастомозу.

Контрольні питання:

1. Показання до резекції шлунка: відносні та абсолютні

2. Проксимальна резекція шлунка: показання, основні етапи операції
3. Резекція шлунка за Більрот-1 і Більрот-2: показання, основні етапи
4. Модифікації резекцій шлунка за Більрот-1 і Більрот-2, інші види резекцій
5. Ускладнення після операцій резекції шлунка.

Тема практичного заняття №19. *Ознаки життєздатності кишки, особливості її резекції*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про ознаки життєздатності кишки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно визначати ознаки життєздатності кишки та правильно провести резекцію кишки.

Навчальні питання:

1. Клінічна та анатомія тонкої та товстої кишок, будова їх стінок.
2. Основні показання та техніка резекції тонкої кишки.
3. Основні показання та техніка резекції товстої кишки.
4. Види міжкишкових анастомозів.

Короткий зміст заняття:

В ургентній хірургії є ряд захворювань, які призводять до ішемії та некрозу кишки. Ознаками життєздатності кишки є: відновлення кольору кишкової стінки, перистальтики, пульсації судин брижі безпосередньо біля стінки кишки. Зміна кольору стінки (ціаноз або блідість) у поєднанні з петехіальними субсерозними крововиливами – ознаки нежиттєздатності, странгуляційна борозна – ознака некрозу. При сумнівах в життєздатності кишки вводять у брижу 80-100 мл 0,25% розчину новокаїну і петлю кишки занурюють і черевну порожнину. Через 15-20 хв. знову проводять її ревізію. Якщо сумніви в життєздатності зберігаються, кишку необхідно резекувати. При резекції від макроскопично видимої зони некрозу необхідно відступити в оральному напрямку на 40 см, в аборальному – на 20 см. Після резекції анастомоз краще накладати по типу кінець в кінець вузловими швами.

Контрольні питання:

1. Захворювання, які призводять до виникнення некрозу кишки.
2. Ознаки життєздатності кишки.
3. Ознаки нежиттєздатності кишки.
4. Правила резекції кишки при її ішемії або некрозі.

Тема практичного заняття №20. *Організація невідкладної медичної допомоги в тому числі на клінічній базі*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з організацією хірургічної допомоги в Україні.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів етапам надання хірургічної допомоги населенню України.

Навчальні питання:



1. Організація хірургічної допомоги населенню України.
2. Основні етапи надання невідкладної хірургічної допомоги.
3. Об'єм надання хірургічної допомоги відповідно рівнів надання медичної допомоги.
4. Роль міських, обласних, республіканських станцій "Швидкої медичної допомоги" в наданні невідкладної хірургічної допомоги.

Короткий зміст заняття:

Організація хірургічної допомоги громадянам України ґрунтується на закріпленому в ст.49 Конституції країни їх праві на безкоштовну державну медичну допомогу всіх видів. Однак, у перспективі планується поступовий перехід на страхову медицину. Хірургічна допомога – одна з найбільш масових форм медичної допомоги. Ця її особливість обумовлена великим поширенням хірургічних захворювань, природжених та набутих вад і травм як у нашій країні, так і в усіх промислово розвинутих країнах світу, з одного боку, та великими можливостями хірургії, досягнутими за період після Другої світової війни в лікуванні різних хвороб, корекції вад та навіть у заміні функціонально неповноцінних органів (трансплантація органів та ксенопротезування) – з другого.

Основу сучасної системи організації хірургічної допомоги в Україні поки що складає система, успадкована від колишнього СРСР. Допомога ця була організована за територіальним принципом та етапністю її надання населенню країни з підпорядкуванням нижчого етапу вищому. Організація передбачає максимальне наближення до місця проживання хворого хірургічної допомоги і забезпечується відповідними, насамперед територіальними, медичними установами.

Організація хірургічної допомоги включає, по висхідній, первинну медичну допомогу, кваліфіковану та спеціалізовану хірургічну допомогу. Хірургічна допомога поділяється на швидку, чи невідкладну, якої потребують хворі з гострими захворюваннями та пошкодженнями, та планову, яка здійснюється хворим з хронічними недугами.

Контрольні питання:

1. Поняття "невідкладної хірургічної допомоги" і невідкладних станів в хірургії.
2. Роль і місце лікувальних установ в наданні невідкладної хірургічної допомоги.
3. Клінічні бази і науково-дослідні інститути в структурі надання невідкладної хірургічної допомоги.
4. Основні організаційні заходи для покращення надання невідкладної хірургічної допомоги.

Тема практичного заняття №21. *Особливості клініки гострого апендициту у вагітних*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів розуміння особливостей клініки гострого апендициту у вагітних.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів враховувати особливості клініки гострого апендициту у вагітних при діагностиці та лікуванні даної патології.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Зміни синтопії органів черевної порожнини з прогресуванням вагітності.
3. Особливості симптоматики гострого апендициту в зв'язку з вагітністю.

Короткий зміст заняття:

З 4-5 місяця вагітності сліпа кишка з відростком піднімаються вгору до нижньої поверхні печінки. Це спричиняє перегини та розтягнення апендикса, порушує його евакуаторні здатності, кровопостачання та лімфовідтік. Важливе значення у розвитку гострого апендициту при вагітності мають і гормональні зміни, які призводять до функціональної перебудови лімфоїдної тканини жінки. Перебіг апендициту в першій половині вагітності майже не відрізняється від клініки апендициту за відсутності вагітності, проте локалізація місцевих пальпаційних симптомів зміщується вгору. Провідне місце у діагностиці гострого апендициту у вагітних має ретельний збір анамнезу. Диспепсичні симптоми можуть бути слабовираженими.

Контрольні питання:

1. Динаміка змін ілеоцекальної ділянки залежно від періоду вагітності.
2. Фізикальні симптоми гострого апендициту у вагітних.
3. Допоміжні способи діагностики гострого апендициту у вагітних.

Тема практичного заняття №22. ***Особливості клініки і перебігу гострого апендициту при атипових локалізаціях червоподібного відростка***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів розуміння особливостей клініки гострого апендициту при атипових локалізаціях апендикса.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно розцінювати клініку гострого апендициту за умов атипових локалізацій апендикса

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Різновиди атипових локалізацій червоподібного відростка.
3. Відмінності симптоматики гострого апендициту залежно від локалізації червоподібного відростка.

Короткий зміст заняття:

Апендикс може мати різні локалізації. Зазвичай верхівка його спрямована у малий таз. Мезоцеліакальне розміщення буде спричиняти переважання болів у мезогастрії, роблячи симптом Кохера атиповим та ускладнюючи диференційну діагностику. Підпечінкове розміщення буде симулювати гостру патологію

правого верхнього квадранта черевної порожнини. Тазове розташування характерне картиною пельвіоперитоніту та більш вираженими диспепсичними розладами. Ретроцекальне та ретроперитонеальне розміщення апендикса може викликати типовий симптом Кохера, проте м'язовим дефансом та ознаками подразнення очеревини, як правило, не супроводжується. Слід пам'ятати про *situs viscerum inversus*.

Контрольні питання:

1. Варіанти атипового розміщення апендикса.
2. Анатомічні та фізіологічні чинники впливу на клініку гострого апендициту при атиповому розташуванні апендикса.
3. Допоміжні методи діагностики атипових форм гострого апендициту.

Тема практичного заняття №23. ***Особливості перебігу гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку***

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів розуміння особливостей клініки гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів враховувати особливості перебігу гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Вікові анатомічні та фізіологічні зміни в організмі людини.
3. Особливості симптоматики гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку.

Короткий зміст заняття:

Переважаючі деструктивні форми гострого апендициту обумовлені як системними (притуплення больової, тактильної та температурної чутливості, вікова атрофія м'язів, зниження функції ендокринних органів, супровідні захворювання), так і локальними (інволюція всіх елементів червоподібного відростка, в тому числі судин, що стає безпосередньою причиною ішемічного некрозу та гангрени апендикса) чинниками. Саме в людей похилого віку виникає первинно-гангренозний апендицит. Диспепсичні явища трапляються у пацієнтів похилого та старечого віку частіше, ніж у хворих середнього віку. Локальна пальпаційна болючість є помірною навіть при деструктивних формах гострого апендициту. В осіб старшої вікової категорії значно частіше розвивається апендикулярний інфільтрат.

Контрольні питання:

1. Причини змін клініки гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку.
2. Методи діагностики гострого апендициту в осіб похилого та старечого віку.

## Тема практичного заняття №24. *Пенетруючі виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Внутрішні нориці*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з хірургічними методами лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – пенетрацією.

Професійно орієнтована: знати топографічну анатомію та фізіологію шлунка і дванадцятипалої кишки, показання та вибір методу хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби; вміти провести достатній обсяг обстежень для діагностики, обрати оптимальний метод лікування.

Навчальні питання:

1. Нормальна та топографічна анатомія, фізіологія шлунка та дванадцятипалої кишки.
2. Пенетруюча виразка: клініка, діагностика, методи операційного лікування.
3. Внутрішні нориці: клініка, діагностика, методи операційного лікування.
4. Післяопераційні ускладнення.

Короткий зміст заняття:

Шлунок поділяється на кардіальний відділ, тіло, антральний та пілоричний відділи; включає малу та велику кривизни, кардіальний та пілоричний сфінктери. Дванадцятипала кишка: верхня горизонтальна, низхідна, нижня горизонтальна та висхідна частини. Пенетруюча виразка є одним з різновидів прикритої перфорації і виникає в результаті прогресування деструктивних процесів у стінці шлунка або дванадцятипалої кишки, супроводжується утворенням злукового процесу без перфорації в черевну порожнину, а дном виразки є паренхіматозний орган (підшлункова залоза, печінка, селезінка). Це спостерігається головним чином, у випадках повільного розвитку процесу.

Контрольні питання:

1. Визначення поняття "пенетруюча виразка".
2. Етіологія та патогенез пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
3. Класифікація пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
4. Стадії пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
5. Особливості клінічної картини пенетруючої виразки.
6. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних, рентгенологічних) при пенетруючій виразці шлунку та дванадцятипалої кишки.
7. Диференційна діагностика пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
8. Покази до операційного втручання при пенетруючій виразці шлунку та дванадцятипалої кишки.
9. Методи операційних втручань у залежності від локалізації виразки.
10. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення, їх профілактика. Реабілітація хворих в післяопераційному періоді.

**Тема практичного заняття №25. Перфораційна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. Діагностика. Хірургічна тактика**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з хірургічними методами лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – перфорацією.

Професійно орієнтована: знати топографічну анатомію та фізіологію шлунка і дванадцятипалої кишки, показання та вибір методу хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби.

Навчальні питання:

1. Нормальна та топографічна анатомія, фізіологія шлунка та дванадцятипалої кишки.
2. Перфораційна виразка: клініка, діагностика, методи операційного лікування.
3. Післяопераційні ускладнення.

Короткий зміст заняття:

Шлунок поділяється на кардіальний відділ, тіло, антральний та пілоричний відділи; включає малу та велику кривизни, кардіальний та пілоричний сфінктери. Дванадцятипала кишка: верхня горизонтальна, низхідна, нижня горизонтальна та висхідна частини. Клініка перфораційної виразки: різкі "кинджалні" болі в епігастрії з поступовим поширенням по всьому животу, "дошкоподібний" живіт при пальпації, наявність виразкового анамнезу (тріада Мондора). Для діагностики використовують рентгенологічні та ендоскопічні методи. Операційне лікування здебільшого полягає у зашиванні або висічені перфораційного отвору.

Контрольні питання:

1. Кровообіг та іннервація шлунка.
2. Клінічна картина при перфораційній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки.
3. Особливості рентгенологічної та ендоскопічної діагностики перфораційної виразки.
4. Методи операційного лікування при перфораційній виразці, показання.
5. Неспроможність швів анастомозів та кукси дванадцятипалої кишки. Причини, методи лікування.

**Тема практичного заняття №26. Перфорація матки з і без ушкодження органів черевної порожнини. Причини, діагностика і хірургічна тактика**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з причинами, методами діагностики та хірургічною тактикою при перфорації матки.

Професійно орієнтована: акцентувати увагу лікарів-інтернів на причини, які можуть призвести до перфорації матки, розглянути питання ранньої діагностики та методів хірургічного лікування.

Навчальні питання:

1. Етіологічні фактори виникнення перфорації матки.
2. Класифікація пошкодження матки.
3. Основні та додаткові методи діагностики.
4. Тактика в залежності від ступеня пошкодження та ускладнень.

Короткий зміст заняття:

Перфорація матки (розрив її стінки) найчастіше зустрічається під час пологів, при виконанні акушерських операцій, внутрішньоматкових маніпуляцій, діагностичних вишкрібань слизової оболонки матки та гістероскопії. Цьому можуть сприяти неправильне положення плода, патологічні зміни в стінці матки внаслідок деструктивних процесів, зумовлених розростанням і розпадом пухлини. Важливими симптомами перфорації матки є проникнення інструмента на глибину, що значно перевищує довжину порожнини матки, вилучення з перфоративного отвору сальника, петель кишок, різка зміна стану хворої (сильний біль, явища шоку і внутрішньої кровотечі). При пошкодженні судин може утворитися гематома між листками широкої зв'язки матки (визначається при пальпації живота) або внутрішня кровотеча (для уточнення проводять лабораторні аналізи, пункцію заднього склепіння, лапароскопію). При виявленні ознак внутрішньочеревної кровотечі або пельвіоперитоніту показане операційне втручання за невідкладними показами. Об'єм його (зашивання перфоративного отвору, видалення частини або всієї матки, резекція сальника, кишок) залежить від обсягу і локалізації пошкодження, віку хворої, розвитку перитоніту.

Контрольні питання:

1. Ступені травматизації матки при її перфорації.
2. Варіанти клінічного перебігу пошкодження матки.
3. Діагностична програма при підозрі на перфорацію матки.
4. Покази до операційного втручання та його види.

### Тема практичного заняття №27. *Післяопераційні ускладнення гострого апендициту*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів розуміння передумов та шляхів лікування післяопераційних ускладнень гострого апендициту.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати та лікувати післяопераційні ускладнення гострого апендициту.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Інтраопераційні причини розвитку післяопераційних ускладнень апендектомії.
3. Шляхи попередження післяопераційних ускладнень апендектомії.
4. Способи діагностики післяопераційних ускладнень апендектомії.
5. Лікування післяопераційних ускладнень апендектомії.

Короткий зміст заняття:

Основними факторами впливу на розвиток післяопераційних ускладнень є: стадія хірургічного захворювання, похилий вік, наявність та ступінь впливу шкідливостей, компенсованість супровідної патології, адекватність використання антибактерійних лікарських засобів, характер і поширеність перитоніту, тривалість й обсяг операції, використання полімерних катетерів і дренажів, недосконалості хірургічної техніки, недотримання правил догляду хворого після операції. Модифікація техніки апендектомії може спричинити розвиток ускладнень. Ускладнення, які виникли після операцій з приводу гострого апендициту, доцільно розділити на ускладнення з боку операційної рани (післяопераційний запальний інфільтрат, нагноєння, гематоми, лігатурні нориці), з боку черевної порожнини (післяопераційний перитоніт, утворення навколокуксових інфільтратів, міжпетлевих, тазових і піддіафрагмальних абсцесів, кишкові нориці, гостра непрохідність кишок, кровотеча в черевну порожнину) та з боку інших органів і систем (бронхопневмонії, тромбози та емболії легеневої артерії та ін.).

Контрольні питання:

1. Різновиди післяопераційних ускладнень апендектомії.
2. Методи діагностики післяопераційних ускладнень апендектомії.
3. Лікування післяопераційних ускладнень апендектомії.

### Тема практичного заняття №28. *Показання до тампонади і дренивання черевної порожнини під час апендектомії*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів розуміння показань до тампонади і дренивання черевної порожнини під час апендектомії.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно розцінювати показання до тампонади і дренивання черевної порожнини під час апендектомії

Навчальні питання:

1. Васкуляризація ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Характеристики змін очеревини, які встановлюють показання до дренивання черевної порожнини під час апендектомії.
3. Методика, переваги та недоліки дренивання черевної порожнини під час апендектомії.

Короткий зміст заняття:

Апендикулярна артерія є однією з гілок а. ileocolica, яка відходить від а. mesenterica sup., тому якщо при перев'язуванні брижі червоподібного відростка лігатури прорізаються та виникає кровотеча, слід розглянути варіант тампонади ложе апендикса. Це слід проводити під ретельним контролем стану хворого в післяопераційному періоді. Критеріями вибору показань до дренивання черевної порожнини, а також вибору типу й кількості дренажів, є ступінь евакуації ексудату й промивних вод та інтраопераційні особливості (герметичність швів,

життєздатність підозрілих ділянок сліпої кишки, сумніви щодо надійності гемостазу, наявність апендикулярного інфільтрату та ін.).

Контрольні питання:

1. Показання до тампонади ложе апендикса при апендектомії.
2. Показання до дренивання черевної порожнини під час апендектомії.
3. Особливості дренивання черевної порожнини під час апендектомії.

### Тема практичного заняття №29. *Показання та обґрунтування різних методів хірургічного лікування виразкової хвороби та їх оцінка*

Навчальна мета заняття: сформулювати сучасне уявлення про показання до хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, обґрунтування різних методів хірургічного лікування в залежності від локалізації, форми і стану виразки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до того або іншого методу хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, вміти обґрунтувати оптимальний обсяг втручання в конкретного хворого.

Навчальні питання:

1. Показання до хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
2. Хірургічне лікування виразки кардіального відділу і середньої третини шлунка.
3. Хірургічне лікування виразки препілоричного і антрального відділів шлунка.
4. Хірургічне лікування виразки дванадцятипалої кишки
5. Види ваготомії, їх поєднання з дренируючими операціями.

Короткий зміст заняття:

Резекція шлунка показана при рецидиві виразки після проведеного або під час проведення курсу консервативної противиразкової терапії, при підозрі на малігнізацію виразки, навіть у випадках негативного цитологічного висновку, при суб- і декомпенсованому стенозі, при повторних виразкових кровотечах, при хронічних пенетруючих виразках, які супроводжуються вираженим больовим синдромом. Операцією вибору у хворих із кардіальною локалізацією виразки є проксимальна резекція шлунка, яка дозволяє видалити виразку і зберегти значну частину органа, забезпечивши його функціональну здатність. Хворим з антральними виразками і препілоричними виразками, які за своїм генезом близькі до виразок дванадцятипалої кишки, треба рекомендувати резекцію шлунка за методом Більтрот-1 у тих випадках, коли нема явищ дуоденостазу, а при наявності дуоденостазу – резекцію за методом Більтрот-2. При виразці дванадцятипалої кишки використовують, переважно, органозберігальні та органоошадні операції. До них відносяться ваготомії (стовбурова, селективна, селективна проксимальна) у поєднанні з дренируючими операціями



(пілоропластика за Гейнеке-Мікуличем, Фінеєм, Жабуле, гастроентероанастомоз та ін.).

Контрольні питання:

1. Показання до хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка.
2. Показання до хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки
3. Операційне лікування виразки кардіального відділу і середньої третини шлунка.
4. Операційне лікування виразки препілоричного та антрального відділів шлунка.
5. Операційне лікування виразки дванадцятипалої кишки

Тема семінарського заняття №30. *Пострезекційні і постваготомні синдроми*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення з питань клініки та діагностики пострезекційних і постваготомних синдромів, вибору оптимальної тактики лікування, визначення показань до операційного та консервативного лікування, визначення обсягу операції.

Професійно орієнтована: навчити діагностувати пострезекційні та постваготомні синдроми, визначати оптимальну тактику лікування в залежності від стадії процесу, провести клінічне обговорення хворого з пострезекційним або постваготомним синдромом.

Теми реферативних повідомлень:

- Демпінг-синдром, класифікація, патогенез
- Клінічна картина демпінг-синдрому
- Консервативні і операційні методи лікування демпінг-синдрому
- Класифікація та клініка синдрому привідної петлі
- Операційні методи лікування синдрому привідної петлі
- Діагностика пептичної виразки гастроентероанастомозу
- Пухлини оперованого шлунка, хірургічна тактика

Короткий зміст заняття:

Пострезекційні та постваготомні синдроми (хвороби оперованого шлунка) – це захворювання, які виникають після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, дванадцятипалої кишки або іншої патології цих органів. При пострезекційних синдромах виникають функціональні, органічні та мішані порушення, основними із яких є, відповідно: демпінг-синдром, синдром привідної петлі, пептична виразка анастомозу, рубцева деформація й звуження анастомозу, поєднання з демпінг-синдромом або постваготомною діареєю. Основними постваготомними синдромами є: рецидив виразки, діарея, рефлюкс-гастрит, порушення спорожнення шлунка і функції стравохідно-кардіального переходу. Демпінг-синдром є частим ускладненням операційних втручань,

пов'язаних з видаленням або порушенням функції воротаря (резекція шлунка, ваготомія з антрумектомією, ваготомія з дренажними операціями). Синдром привідної петлі може виникнути після резекції шлунка за методом Більтрот-2. Головною причиною виникнення пептичної виразки анастомозу вважають збереження гіперацидного стану шлунка. Лікування пострезекційних та постваготомних синдромів переважно консервативне, при його неефективності застосовують різні види реконструкційних операцій.

Напрямки дискусії:

- Класифікація пострезекційних і постваготомних синдромів
- Демпінг-синдром: діагностика, клінічний перебіг, тактика і вибір методу лікування
- Синдром привідної петлі: етіологія, патогенез, симптоматика, клінічний перебіг, тактика і вибір методу лікування
- Пептична виразка анастомозу: етіологія, симптоматика, клінічний перебіг, вибір методу лікування
- Рубцеві деформації і звуження анастомозу після резекції шлунка: тактичні і технічні помилки, профілактика
- Рецидив виразки після ваготомії: причини виникнення, варіанти клінічного перебігу, тактика і вибір методу лікування
- Наслідки й ускладнення гастректомії

Тема практичного заняття №31. *Пухлини тонкої кишки та її брижі*

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів-інтернів розуміння проблеми онкології тонкої кишки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати пухлини тонкої кишки та її брижі.

Навчальні питання:

1. Типи пухлин тонкої кишки.
2. Методи діагностики пухлин тонкої кишки.
3. Клінічні ознаки і симптоми.
4. Лікування пухлин тонкої кишки.

Короткий зміст заняття:

Пухлини тонкої кишки відносяться до рідкісних захворювань, їх важко діагностувати. Доброякісні новоутвори (лейоміоми, ліпоми, аденоми, гемангіоми і гетеротопії) рідко бувають множинними і ростуть як у просвіт кишки, так і назовні. Тепер доведено, що найчастішим різновидом мезенхімних пухлин травного каналу, і тонкої кишки зокрема, є гастроінтестинальні стромальні пухлини (ГІСП, GIST). Клінічна картина доброякісного новоутвору у більшості хворих залежить від його розміру і можливих ускладнень (виразка, кровотеча, перфорація). Кишкочовій непрохідності зазвичай передують невизначений біль у животі, тривалі закрепи. Іноді єдиним симптомом пухлини є гіпохромна анемія, яка є наслідком прихованої кровотечі (наприклад, у випадку гемангіоми), а також

ендометріозної гетеротопії. Поліпоз кишки може супроводжуватися появою ділянок гіперпігментації шкіри і слизової оболонки (синдром Пейтца-Егерса) або раннім облисінням, атрофією нігтьових пластинок (синдром Кронкайта-Канада). Методи діагностики – рентгенологічний, при якому на стадії часткової кишкової непрохідності можна виявити горизонтальні рівні рідини і дефект наповнення в кишкочовій петлі. Проведення цього дослідження на стадії вираженої кишкової непрохідності загрожує небезпекою розвитку обтурації. Можливості ендоскопічного методу обстеження обмежуються дистальним відділом дванадцятипалої та клубової кишок, хоча за допомогою спеціального ентероскопа або капсульної ендоскопії можна оглянути раніше недоступні ділянки тонкої кишки. Важливою складовою ендоскопічного обстеження останнім часом стала ендосонографія. Вона з великою точністю дозволяє виявити гіпоехогенні утвори, які в залежності від ступеня злоякісності можуть мати, як гомогенну, так і гетерогенну структуру і походити з м'язової пластинки слизової або безпосередньо з м'язового шару стінки порожнистого органа. Можна виконати ендосонографічну прицільну тонкогілкову або стовпчикову біопсію, зокрема для імуногістохімічного дослідження, яке дає можливість точно визначити тип пухлини.

Диференційний діагноз слід проводити з пухлинами, які походять із заочеревинних лімфатичних вузлів, брижі тонкої кишки, блукаючої нирки, кістами і пухлинами додатків матки, підшлункової залози. У процесі росту більшість доброякісних пухлин здатна перероджуватися в злоякісні новотвори. Особливо небезпечні в цьому значенні є карциноїд, аденома і лейоміома. Незалежно від локалізації, більшість пухлин тонкої кишки і ГІСП зокрема, чутливі до інгібіторів тироксикази (напр., імантибу бензоат „Глівек”). Показанням до виключно його застосування вважається первинно дисемінований процес або рецидивні пухлини. Основним методом лікування пухлин тонкої кишки і ГІСП дотепер залишається хірургічний, який можна виконувати конвенційним, лапароскопічним або інтралюмінальним способами. Первинна пухлина брижі тонкої кишки буває досить рідко і виявляється лише під час операції на тонкій кишці.

Контрольні питання:

1. Пухлини тонкої кишки.
2. Гастроінтестинальні стромальні пухлини (ГІСП).
3. Клінічні ознаки та їх особливості.
4. Диференційна діагностика.
5. Операційне та ендоскопічне лікування.

Тема практичного заняття №32. ***Резекція тонкої та товстої кишок. Види ілеостомій, колостомій, цекостомія***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про основні показання до виконання резекції тонкої та товстої кишки, про різні типи ентеро- та колостомій.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до резекції тонкої і товстої кишки, різних типів стомій та опрацювати техніку їх виконання.

Навчальні питання:

1. Клінічна та анатомія тонкої та товстої кишок, будова їх стінок.
2. Основні показання та техніка резекції тонкої кишки.
3. Основні показання та техніка резекції товстої кишки.
4. Види міжкишкових анастомозів.
5. Класифікація ентеро- і колостомій.

Короткий зміст заняття:

Резекцію порожньої і клубової кишки відносять до рутинних хірургічних втручань. Найчастіше її виконують з приводу защемленої грижі, непрохідності кишки, тромбозу мезентерійних судин, рідше необхідність резекції ділянки кишки виникає при злоякісних пухлинах товстої кишки, перфорації виразок при хворобі Крона, дивертикулі Меккеля, травмах кишок та ін. Завершити операцію можна двома шляхами – після резекції найчастіше формують анастомоз, рідше операцію закінчують ентеростомією. Резекцію товстої кишки найчастіше виконують з метою видалення злоякісної пухлини при колоректальному раку, рідше – при травмі кишки, хворобі Крона, НВК, мезентерійному тромбозі та ускладнененому дивертикуліті. Після резекції певної ділянки товстої кишки, формують або анастомоз із відновленням безперервності кишкового тракту, або формують колостому. Класифікація ентеро- і колостом за метою формування: 1) постійна, 2) тимчасова; за типом: 1) пристінкова, 2) двоканальна петлева, 3) двоканальна роздільна, 4) одноканальна (термінальна); за способом формування: 1) виведення кишки із надлишком ("стовпчиком"), 2) плоска стома, 3) підвісна (тільки ентеростома); за локалізацією: 1) типова колостома (сліпа, поперечна, сигмоподібна кишки), типова ентеростома (права клубова ділянка); 2) нетипова колостома (висхідна, правий і лівий вигин поперечної, низхідна ободова кишки), нетипова ентеростома (ліва клубова ділянка, надлобкова ділянка). Ентеростома поділяється за конструктивними особливостями: 1) проста, 2) клапанна, 3) резервуарно-клапанна та за функцією: 1) із управлінням, 2) без управління. За наявністю або відсутністю ускладнень: 1) без ускладнень, 2) із ускладненнями: а) ранніми (непрохідність кишок, нагноєння тканин довкола стоми, евентрація, некроз виведеної кишки; б) пізніми (парастомна грижа, пролапс, стриктура стоми, парастомні та лігатурні нориці, дерматит).

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія тонкої кишки.
2. Клінічна анатомія товстої та прямої кишок.
3. Будова стінки тонкої, товстої та прямої кишок.
4. Операційна техніка резекції тонкої кишки.
5. Операційна техніка резекції товстої кишки.
6. Види міжкишкових анастомозів.

7. Кишкові шви, характеристика шовного матеріалу.
8. Класифікація ентеростом.
9. Класифікація колостом.
10. Техніка формування різних типів кишкових стом.

Тема практичного заняття № 33. *Рентгеноскопія, оглядова і прицільна рентгенографія, комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія в діагностиці хірургічних захворювань органів черевної порожнини*

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про роль рентгеноскопії, комп'ютерної та магнітно-ядерної томографії в діагностиці хірургічних захворювань черевної порожнини.

Практично орієнтована: навчити лікарів – інтернів дати інтерпретацію рентгенограмам, знімкам комп'ютерної та магнітно-ядерної томографії.

Навчальні питання:

1. Оглядова рентгеноскопія при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини.
2. Особливості рентгенограм при травмах черевної порожнини, розривах паренхіматозних та порожнистих органів.
3. Прицільна рентгенографія при абсцесах черевної порожнини, кістах
4. Комп'ютерна томографія та магнітно-ядерна томографія при новоутворах органів черевної порожнини.
5. Роль комп'ютерної та магнітно-ядерної томографії при травмах паренхіматозних органів.
6. Лікувальна та діагностична пункційна біопсія під контролем комп'ютерної томографії при захворюванні органів черевної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Оглядова рентгеноскопія є важливим методом у діагностиці гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. При розривах стравоходу виявляють пневмомедіастинум, плеврит. При перфораційних виразках шлунку, дванадцятипалої кишки, товстої кишки діагностують наявність вільного газу в черевній порожнині. Оглядова рентгеноскопія допомагає виявити патологічні тіні в черевній порожнині (пухлини, вільна рідина, кісти, конкременти, флеболіти). Чільне місце в діагностиці непрохідності кишок належить рентгенографії. Прицільна рентгенографія виконується при абсцесах і кістах черевної порожнини, при уточненні локалізації та протяжності звужень шлунково-кишкового тракту з контрастуванням. Комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія займає провідне місце в діагностиці новоутворів черевної порожнини. Обстеження дозволяють визначити точний розмір пухлин, локалізацію, деталізувати ступінь інвазії в оточуючі тканини та органи, магістральні судини, наявність вогнищ розпаду або абсцедування. При травмах органів черевної порожнини, особливо при пошкодженні паренхіматозних органів

комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія дозволяють уточнити характер і ступінь ушкодження органу, ступінь крововтрати, визначити необхідність проведення хірургічного втручання або динамічного спостереження. Під контролем комп'ютерної томографії можливо провести діагностичну пункційну біопсію з метою верифікації морфологічного діагнозу або виконати лікувальну пункцію (при кістах, асцитах, гематомах), можливо з постановкою катетера.

Контрольні питання :

1. Характеристика рентгенограм при перфорації кишки, внутрішньочеревній кровотечі .
2. Особливості рентгенограм при тонко – та товстокишковій непрохідності.
3. Прицільна рентгенографія при кістах, абсцесах, стенозах кишки.
4. Комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія при травмах печінки, селезінки, нирок, підшлункової залози.
5. Комп'ютерна та магнітно-ядерна томографія при пухлинах черевної порожнини.
6. Тонкоголкова пункційна біопсія новоутворів та кіст черевної порожнини під контролем комп'ютерної томографії.

Тема практичного заняття №34. *Симптоматологія і діагностика різних видів внутрішніх черевних гриж та їх хірургічне лікування*

Навчальна мета: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про внутрішні грижі живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити діагностику внутрішніх гриж живота та вибирати правильну тактику хірургічного лікування.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Визначення поняття грижі.
3. Внутрішні грижі, класифікація.
4. Хірургічні методи лікування внутрішніх гриж живота.

Короткий зміст теми заняття:

До рідкісних форм гриж черевної стінки включені: грижу півмісяцевої (Spiegel) лінії, поперекову грижу, затульну, сідничну та промежинну. Для всіх цих видів грижі характерне випинання у відповідних ділянках черевної порожнини та всі ознаки грижі черевної стінки. Лікування їх операційне – видаляють грижовий мішок, закривають грижові ворота, укріплюють слабкі місця черевної стінки в ділянці локалізації грижі. Внутрішньочеревна грижа утворюється в черевній порожнині внаслідок зміщення органів черевної порожнини в кишені й дивертикулі очеревини та щілині діафрагми. Зміщення відбувається як через природжені отвори та кишені (чепцевий отвір, кишені брижі сліпої кишки, кишені зв'язки Трейтца, отвори діафрагми), так і набуті, які утворюються внаслідок травми (діафрагми, брижі кишок, великого чепця).

Грижа може бути справжньою і несправжньою. За несправжньої грижі грижовий мішок відсутній.

Діагностика всіх видів внутрішньочеревних гриж, за винятком діафрагмальних, можлива тільки під час виконання операційного втручання з приводу защемлення грижі. Клінічні ознаки защемленої внутрішньої грижі аналогічні класичним ознакам непрохідності кишок. Тільки під час проведення операційного втручання з'ясовують, що причиною непрохідності кишок є защемлення внутрішньої черевної грижі. Найчастіше внутрішньочеревна грижа утворюється в кишнях зв'язки Трейтца.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Рідкісні форми гриж черевної стінки.
3. Причини виникнення внутрішньочеревних гриж.
4. Класифікація внутрішньочеревних гриж.
5. Основні принципи лікування внутрішньочеревних гриж.

Тема практичного заняття №35. *Симптоми і діагностика пахвинних гриж. Особливості анатомії та клінічних проявів прямих, косих та ковзних пахвинних гриж*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про клініку та діагностику різних типів пахвинних гриж.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити діагностику різних типів пахвинних гриж.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Визначення поняття грижі.
3. Будова пахового каналу.
4. Особливості анатомії та клінічні прояви прямих, косих та ковзних пахвинних гриж.

Короткий зміст заняття:

Важливим для клінічної практики є виділення косої та прямої грижі. Коса пахвинна грижа залежно від походження може бути вродженою або набутою, пряма – лише набутою. У пахвинному каналі виділяють 4 стінки і два кільця – поверхнєве та глибоке. Передньою стінкою пахвинного каналу є апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, задньою – поперечна фасція, верхньою – нижні краї зовнішнього косого та поперечного м'язів, нижньою – пахвинна зв'язка. Виникнення вродженої пахвинної грижі тісно пов'язане з ембріогенезом нижнього відділу черевної стінки, опусканням яєчок у калитку. За відсутності облітерації середньої третини очеревинного відростка протягом життя можливе виникнення водянки сім'яного канатика, нижньої третини – водянки яєчка.

Набута коса пахвинна грижа утворюється протягом життя людини. Причиною її утворення є анатомічна слабкість пахвинної ділянки, значне підвищення внутрішньочеревного тиску під час фізичного навантаження,

кашлю та ін. Оскільки грижа повторює хід пахвинного каналу, її називають косою пахвинною грижею. Пряма пахвинна грижа може бути лише набутою. Грижовий мішок при цьому виходить через внутрішню глибоку пахвинну ямку і розташовується за межами сім'яного канатика, тому не опускається в калитку.

Рідше зустрічаються ковзні пахові грижі. При їх утворенні частиною грижового мішка є стінка мезоперитонеально розміщеного органу (сліпа кишка, висхідна товста кишка, сечовий міхур).

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Будова пахвинного каналу.
3. Диференційна діагностика косої та прямої пахвинної грижі.
4. Характеристика ковзних пахвинних гриж.
5. Основні етапи і хід операційних втручань при різних видах гриж.
6. Сучасні матеріали і способи пластики гриж.

### Тема практичного заняття № 36. *Симптоми, діагностика і лікування апоплексії яєчника*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінікою, методами діагностики та тактикою лікування апоплексії яєчника.

Професійно орієнтована: правильна інтерпретація клінічних даних та результатів обстеження з метою встановлення діагнозу та визначення оптимальної тактики лікування.

Навчальні питання:

1. Етіологічні фактори виникнення апоплексії яєчника.
2. Клінічна картина.
3. Оцінка результатів основних та додаткових методів обстеження.
4. Визначення оптимальної тактики лікування.

Короткий зміст заняття:

Апоплексія яєчника – це порушення цілісності тканини яєчника і виникнення кровотечі в черевну порожнину. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, операційні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні стреси, нейроендокринні розлади в організмі жінки. Гостра апоплексія з вираженою кровотечею у черевну порожнину проявляється сильним болем внизу живота, тахікардією, падінням артеріального тиску, ознаками шоку. При пальпації живіт здутий, болючий в нижніх відділах (перитонеальні ознаки, френікус- симптом, при перкусії – притуплення звуку в нижніх та бокових відділах живота – при важкому ступені). Бімануальне дослідження дає змогу виявити болючість заднього склепіння піхви, при значних кровотечах в черевну порожнину відмічається випинання заднього склепіння піхви. Для уточнення діагнозу застосовують допоміжні методи обстеження: пункцію заднього склепіння піхви, кульдоскопію, лапароскопію.



Лікування – операційне (зашивання розриву, клиноподібна резекція, оваріоектомія).

Контрольні питання:

1. Техніка виконання пункції заднього склепіння піхви.
2. Особливості клініки в залежності від ступеня важкості апоплексії.
3. Диференційна діагностика з гострими хірургічними захворюваннями.
4. Види операційних втручань в залежності від стану яєчника.
5. Малоінвазивні методи хірургічного лікування апоплексії яєчника.

Тема практичного заняття №37. *Спайкова хвороба. Особливості хірургічного втручання при кишковій непрохідності*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів знання про спайкову хворобу.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати спайкову хворобу.

Навчальні питання:

1. Спайкова хвороба
2. Причини спайкової непрохідності кишок
3. Клінічна картина
4. Діагностика, диференційна діагностика
5. Хірургічне лікування непрохідності кишок

Короткий зміст заняття:

Спайкова непрохідність кишок є однією з найчастіших форм гострої непрохідності кишок займає 2/3 хворих з цією патологією. Частіше виникає післяопераційна спайкова непрохідність кишок після операцій на органах черевної порожнини: після апендектомії, операцій з приводу гострої непрохідності кишок та гінекологічних операцій, рідше після закритих ушкоджень і запальних процесів черевної порожнини. Спайкова непрохідність кишок має складний поліморфний характер. У ній поєднується странгуляційний і обтураційний компоненти. Клініка залежить від форми непрохідності. При странгуляційній непрохідності стан хворого важкий, є повторне блювання, біль і здуття живота, затримка випорожнення і газів. Завданнями хірургічного лікування гострої непрохідності кишок є: встановлення локалізації та виду непрохідності; блокування больової імпульсації; оцінка життєздатності кишки в зоні перешкоди та визначення показань до резекції; усунення непрохідності та, при можливості, основного захворювання, яке викликало ГНК.

Контрольні питання:

1. Що таке спайкова хвороба
2. Причини і патогенез спайкової непрохідності кишок
3. Принципи хірургічного лікування непрохідності кишок
4. Основні завдання при операції з приводу непрохідності кишок.

Тема практичного заняття №38. *Способи хірургічного лікування пахвинних гриж та порівняльна їх оцінка*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про лікування пахвинних гриж.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно вибирати різні способи хірургічного лікування пахвинних гриж.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Визначення поняття грижі.
3. Будова пахвинного каналу.
4. Основні типи хірургічних втручань при пахвинних грижах.

Короткий зміст заняття:

Радикальне лікування пахвинної грижі передбачає обов'язкове виконання операційного втручання. Протипоказанням до нього можуть бути лише тяжкі супровідні захворювання, коли виконання операційного втручання загрожує несприятливими наслідками життю хворого. Знеболювання здійснюють із застосуванням різних видів наркозу або місцевої анестезії. Під час операційного втручання видаляють грижу, здійснюють пластику стінки пахвинного каналу. Існують численні способи хірургічного лікування пахвинної грижі, які різняться лише способом укріплення стінок пахвинного каналу. Основні способи операцій при пахвинних грижах: 1. Операції звуження пахового каналу без його розкриття – їх використання є надбанням історії (способи Черні, Ру); 2. Операції відновлення пахвинного каналу до його нормального стану (способи Мартинова, Жирара, Спасокукоцького, Кімбаровського); 3. Операції укріплення задньої стінки пахвинного каналу (способи Бассіні, Кукуджанова); 4. Операції створення нового ложа для сім'яного канатика і ліквідації пахвинного каналу (спосіб Постемпського). Більшість хірургів за наявності як косої, так і прямої пахвинної грижі віддають перевагу укріпленню задньої стінки пахвинного каналу з пластикою її за Шолдайсом і Ліхтенштейном. Якщо шари черевної стінки, що оточують пахвинний канал, атрофічні, в'ялі, розтягнуті або рубцевозмінені після виконання попередніх втручань, за наявності рецидивної грижі пахвинний канал укріплюють за допомогою алопластичних матеріалів, перевагу віддають поліпропіленовим сіткам. Лапароскопічну герніопластику здійснюють з боку черевної порожнини із використанням лапароскопічної апаратури. Лапароскопічна герніопластика, а також пластика за Ліхтенштейном та Шолдайсом є пріоритетними способами пластики.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки у ділянці судинної і м'язової лакун.
2. Будова пахвинного каналу.
3. Основні етапи і хід пластики пахвинної грижі з укріплення передньої стінки.
4. Основні етапи і хід пластики пахвинної грижі із укріплення задньої стінки.

5. Основні етапи і хід пластики пахвинної грижі за Шолдайсом.
6. Основні етапи і хід пластики пахвинної грижі за Ліхтенштейном.
7. Лапароскопічні способи пластики пахвинних гриж.

Тема практичного заняття №38. *Способи хірургічного лікування стегових гриж. Ускладнення та їх профілактика*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про лікування стегових гриж.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити лікування стегових гриж.

Навчальні питання:

1. Стегновий канал, його стінки.
2. Хірургічні методи лікування стегових гриж.
3. Ускладнення та їх профілактика.

Короткий зміст теми заняття:

Стегнова грижа – це вихід органів черевної порожнини через стеговий канал. Лікування стегової грижі, як і інших видів грижі черевної стінки, хірургічне. Операцію виконують під місцевою анестезією або наркозом. Вибір методу знеболювання залежить від віку пацієнта, статі, психічного стану, наявності супутніх захворювань та ускладнень грижі. Способи операційного втручання з приводу стегової грижі поділяють на дві групи: позаочеревинні та внутрішньоочеревинні.

При застосуванні позаочеревинних способів використовують пластику грижових воріт за способами Бассіні, Більрота, Локвуда, Кримова, Руджі-Парлавеччо. Внутрішньоочеревинні способи закриття внутрішнього отвору стегового каналу здійснюють з боку черевної порожнини шляхом лапаротомії або використання лапароскопічних технологій. Після лапаротомії пахвинну зв'язку зшивають з гребінцевою шляхом накладання 3-4 швів, під час лапароскопії – стегове кільце закривають алопластичним матеріалом – поліпропіленовою сіткою. Ускладнення, які можуть виникати під час пластики стегової грижі та після неї: 1) кровотеча внаслідок пошкодження судин (стегової вени, а при защемленій грижі – судин "корони смерті"); 2) пошкодження органів, які містяться в грижовому мішку; 3) інфікування операційної рани; 4) тромбоемболічні ускладнення.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки у ділянці судинної і м'язової лакун.
2. Будова стегового каналу.
3. Аномальна анатомія при стегових грижах (corona mortis).
4. Способи пластики стегового каналу.
5. Основні етапи і хід пластики стегової грижі за Локувудом.

6. Основні етапи і хід пластики стегнової грижі за Бассіні.
7. Основні етапи і хід пластики стегнової грижі за Руджі-Парлавеччо.
8. Лапароскопічні способи пластики стегових гриж.

**Тема практичного заняття №40. Стеноз виходу зі шлунка як ускладнення виразкової хвороби. Діагностика. Ступені стенозу. Лікування**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з хірургічними методами лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – стенозом.

Професійно орієнтована: знати топографічну анатомію та фізіологію шлунка і дванадцятипалої кишки, показання та вибір методу хірургічного лікування; вміти провести достатній обсяг обстежень для діагностики, обрати оптимальний метод лікування.

Навчальні питання:

1. Нормальна та топографічна анатомія, фізіологія шлунка та дванадцятипалої кишки.
2. Виразковий стеноз виходу із шлунка: види, клініка, діагностика.
3. Методи операційного лікування виразкового стенозу виходу із шлунка.
4. Післяопераційні ускладнення.

Короткий зміст заняття:

Шлунок поділяється на кардіальний відділ, тіло, антральний та пілоричний відділи; включає малу та велику кривизни, кардіальний та пілоричний сфінктери. Дванадцятипала кишка: верхня горизонтальна, низхідна, нижня горизонтальна та висхідна частини. Виразковий стеноз виходу зі шлунка поділяється на набряковий та рубцевий. Для діагностики застосовують ендоскопічні методи дослідження. Для операційного лікування виразкового стенозу здійснюють радикальні (резекція шлунка за Більрот-1 або Більрот-2) та паліативні операції (гастроентеростомія) в залежності від тяжкості стану хворого та вираженості супровідної патології. Онкологічна пересторога необхідна до будь-якої виразки шлунка, особливо великих розмірів, локалізованої в проксимальних відділах шлунка, на великій кривизні. При ендоскопічному обстеженні проводиться взяття біопсії з подальшим патогістологічним дослідженням. При наявності малігнізації – операційне втручання (субтотальна резекція шлунка, гастректомія). Післяопераційні ускладнення включають неспроможність швів гастродуодено- та гастроєюноанастомозу, швів кукси дванадцятипалої кишки, інші гнійно-септичні ускладнення.

Контрольні питання:

1. Кровопостачання та іннервація шлунка.
2. Особливості рентгенологічної та ендоскопічної діагностики стенозу.
3. Лікувальна тактика при різних видах пілоростенозу. Методи операцій, показання.

4. Неспроможність швів анастомозів та кукси дванадцятипалої кишки.  
Причини, методи лікування.

Тема практичного заняття №41. **Сучасні методи попередження спайкоутворення в черевній порожнині**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними методами профілактики та лікування спайкоутворення в черевній порожнині

Професійно орієнтована: знати сучасні методи попередження спайкоутворення в черевній порожнині

Навчальні питання:

1. Етіологія і патогенез розвитку спайкоутворення в черевній порожнині
2. Методи профілактики спайкоутворення
3. Спайкова хвороба: клініка, диференційна діагностика, лікування

Короткий зміст заняття:

У сучасній абдомінальній хірургії проблема утворення післяопераційних зрощень черевній порожнині не втрачає своєї актуальності. Частота утворення спайок варіює від 67 до 93 % після хірургічних абдомінальних операцій і становить майже 97 % після відкритих гінекологічних втручань. Частка гострої спайкової кишкової непрохідності становить 87,6 % у структурі ілеусу, що пояснюється постійно зростаючою кількістю оперативних втручань на органах черевної порожнини. Перебування пацієнтів у стаціонарі після адгезіолізіса, який виконано лапаротомним доступом в терміновому порядку, складає в середньому 20 діб. Летальність сягає 7,0–18,0 %, а при ранній формі післяопераційної спайкової непрохідності – 19,5–50,0 %.

Стрімке зростання передових технологій у малоінвазивній хірургії, біології, хімії, фармакології та інших парамедичних галузях науки і техніки дозволяють впроваджувати в практику нові способи і засоби попередження, діагностики та лікування спайкової хвороби. Патогенетично обґрунтованим напрямом у профілактиці та лікуванні спайкової хвороби очеревини є застосування різних засобів, що перешкоджають зближенню й адгезії травмованих поверхонь очеревини.

Одними з основних клінічних проявів спайкової хвороби очеревини є: хронічний абдомінальний больовий синдром, спайкова кишкова непрохідність, у жінок репродуктивного віку трубно-перитонеальне безпліддя.

Існує необхідність визначення в передопераційному періоді специфічних маркерів для виявлення групи пацієнтів, схильних до розвитку спайкової хвороби очеревини і проведення профілактичних інтраопераційних заходів. Практично усі полостні операції призводять до спайкоутворення, та вірогідність випадків післяопераційної непрохідності досить велика. Розвитку зрощень сприяє травматизація тканин при виконанні розширених тривалих операцій, які супроводжуються крововтратою та інфікуванням черевної порожнини,

особливо, якщо операція виконується на тлі гострих деструктивних запальних процесів в органах черевної порожнини.

Серед численних етіологічних факторів утворення спайок виділяють: Механічний – травмування очеревини під час розсічення, захопленні її інструментами, промоканні та протиранні марлевими серветками, дефекти ділянок очеревини при виконанні хірургічного втручання. Фізичний – висушування очеревини повітрям, вплив високої температури при використанні електроножа, лазерного опромінення плазмового скальпеля, гарячих розчинів. Інфекційний – проникнення інфекції у черевну порожнину ендogenous (запалення органу черевної порожнини з розвитком місцевого та загального запалення очеревини) та екзогенним (при пораненнях, перфорації) шляхом. Імплантаційний – асептичне запалення очеревини у зв'язку з залишеними в черевній порожнині тампонів, дренажних трубок, нерозсмоктуючого або тривало розсмоктуючого шовного матеріалу, тальку руковичок, крововиливів та гематом очеревини в результаті використання неатравматичних голків. Хімічний – використання під час операції речовин, які викликають хімічний опік та асептичне запалення очеревини.

Таким чином, визначення виду, характеру, ступеню виразності спайкового процесу, їх переважної локалізації можливе лише при інструментальних інвазивних дослідженнях або при візуальному контролі під час операції та морфологічних досліджень. Це значно обмежує активність хірургів при виявленні показань до хірургічного лікування деяких форм спайкової хвороби.

Попередження утворення, правильний вибір комплексних профілактичних і лікувальних заходів у кожному конкретному випадку залежить від своєчасного прогнозування та цілеспрямованого попередження їх утворення в ранньому післяопераційному періоді та реабілітаційним заходам, які засновані на патогенетичному підході й спрямовані на відновлення нормальних морфофункціональних взаємин у черевній порожнині.

Контрольні питання:

1. Діагностика та лікування спайкової хвороби
2. Способи та методи профілактики спайкоутворення в черевній порожнині
3. Гостра спайкова кишкова непрохідність: поширення, клініка, хірургічне лікування, ускладнення

Тема практичного заняття №42. **Техніка апендектомії. Ретроградна апендектомія. Ускладнення під час операції**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів уявлення про техніку апендектомії, зокрема ретроградний її спосіб та потенційні інтраопераційні ускладнення.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів дотримуватись етапності апендектомії, а саме ретроградної, та уникати інтраопераційних ускладнень.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Показання та техніка ретроградної апендектомії.
3. Передумови розвитку інтраопераційних ускладнень під час апендектомії.

Короткий зміст заняття:

Шлях доступу до червоподібного відростка повинен відповідати його проекції на передню черевну стінку. Типову апендектомію проводять із косою доступу в правій здухвинній ділянці (доступ за MacBurney): лінію, яка з'єднує пупок і верхній клубовий остюк, ділять на 3 рівні частини та потім на межі зовнішньої та середньої третин цієї лінії перпендикулярно до неї проводять розріз. При цьому 1/3 шкірного розрізу виступає над вказаною лінією, а 2/3 – нижче неї. Після пошарового розкриття черевної порожнини в рану мануально або з використанням інструментів виводять купол сліпої кишки з апендиксом. Почергово перетискають та відсікають брижу апендикса та сам апендикс (від основи). Ретроградна апендектомія виконується тоді, коли не вдається вивести червоподібний відросток у рану. При цьому різновиді апендектомії мобілізацію апендикса проводять від основи. Найчастішою причиною інтраопераційних ускладнень є тактичні й технічні помилки, які трапляються під час апендектомії. До інтраопераційних ускладнень належать відрив фіксованої зростами верхівки червоподібного відростка під час мобілізації, повний поперечний відрив червоподібного відростка, десерозації кишок, кровотеча з кукси брижі червоподібного відростка.

Контрольні питання:

1. Основні етапи ретроградної апендектомії.
2. Показання до проведення ретроградної апендектомії та її техніка.
3. Причини інтраопераційних ускладнень під час апендектомії.

Тема практичного заняття №43. *Технічні особливості операцій при виразкових гастродуоденальних кровотечах*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з технічними особливостями операцій при виразкових гастродуоденальних кровотечах.

Професійно орієнтована: знати особливості клініки та діагностики виразкових гастродуоденальних кровотеч; вміти обирати відповідний метод лікування в залежності від клінічних, лабораторних та ендоскопічних показників; проводити диференційну діагностику шлунково-кишкових кровотеч верхніх та нижніх відділів травного каналу.

Навчальні питання:

1. Кровотечі з верхніх відділів травного тракту: причини, клініка, діагностика.
2. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею: особливості фармакотерапії, ендоскопічного лікування та методи операційних втручань.

3. Гострі ерозивно-виразкові ушкодження травного тракту: причини, тактика лікування.
4. Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка: особливості лікувальної тактики на сучасному етапі.
5. Синдром Меллорі-Вейса, виразкування Dieulafoy, онкологічна патологія як причини шлунково-кишкових кровотеч.

Короткий зміст заняття:

Гострі шлунково-кишкові кровотечі є ускладненням різних захворювань. Загальним для всіх цих захворювань (первинних або вторинних) є ушкодження (арозія) судини й витікання крові в просвіт того або іншого органа травного каналу: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, клубової і товстої кишок. Виразкова хвороба є найчастішою причиною шлунково-кишкових кровотеч. Основними методами лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч є поєднання інтенсивної противиразкової терапії згідно з Маастріхт-III з методами ендоскопічного гемостазу (термічні, ін'єкційні, аргоноплазмова коагуляція). Операційне втручання використовується при неможливості зупинити кровотечу (екстрені) або для попередження її рецидиву (превентивні). Гострі ерозивно-виразкові ускладнення виникають внаслідок гормонального дисбалансу та викиду цитокінів при важких септичних, травматичних процесах, а також внаслідок місцевої дії на слизову травного тракту нестероїдних протизапальних засобів та гормонів. Кровотечі при цирозі печінки спричинені прогресуванням портальної гіпертензії та розривом варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. Основною причиною кровотеч в нижніх відділів травного тракту є ангіодисплазії, колоректальний рак та дивертикульоз товстої кишки. Для діагностики цих геморагій застосовується колоноскопія (сигмоскопія).

Контрольні питання:

1. Особливості клінічної симптоматики при кровотечах з верхніх та нижніх відділів травного каналу.
2. Значення ендоскопічного дослідження в діагностиці та лікуванні шлунково-кишкових кровотеч.
3. Методи ендоскопічного гемостазу.
4. Система Forrest.
5. Операційні втручання при кривавлячих виразках: показання, методи.
6. Синдром Меллорі-Вейса: причини виникнення, лікування.

Тема практичного заняття №44. ***Тромбоз та емболія судин брижі кишок. Клініка, діагностика та хірургічне лікування***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про гостру мезентерійну ішемію.



Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно поставити діагноз та вибрати правильну тактику лікування пацієнтів із гострою мезентерійною ішемією.

Навчальні питання:

1. Кровообіг тонкої і товстої кишок.
2. Основні причини виникнення гострої мезентерійної ішемії.
3. Клінічна картина та методи діагностики захворювання.
4. Принципи консервативного та операційного лікування гострої мезентерійної ішемії.

Короткий зміст заняття:

Тромбоз та емболія судин брижі кишок, інша назва цієї патології – гостра мезентерійна ішемія (ГМІ), незважаючи на досягнення медицини за останні десятиліття, залишається однією з найскладніших проблем ургентної хірургії. ГМІ спричиняють 4 різні патології: артеріальна емболія, артеріальний тромбоз, венозний тромбоз та неоклюзійна мезентерійна ішемія. Виявлення їх за життя хворих стало можливим завдяки впровадженню ангіографії, дуплексної УЗГ та комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії. Артеріальна емболія є найчастішою причиною ГМІ (до 50% усіх випадків). Емболи зазвичай виникають внаслідок інфаркту міокарда, мітрального стенозу, миготливої аритмії, інфекційного ендокардиту, аневризми серця, тощо. Характерними є раптовий початок захворювання, переважне ураження верхньої брижової артерії. Артеріальний тромбоз трапляється приблизно у 20% хворих на ГМІ. Венозний тромбоз як причину ГМІ виявляють значно рідше (менше ніж у 10% випадків). Виникнення венозного тромбозу спричиняють запальні процеси та онкологічна патологія органів черевної порожнини, пілефлебіт, портальна гіпертензія, гіперкоагуляція у разі поліцитемії, застосування оральних контрацептивів. Неоклюзійна мезентеріальна ішемія (близько 20%) зумовлена вторинним артеріальним спазмом, що розвивається у разі серцевої недостатності, шоку, гіповолемії, а також при застосуванні вазопресорів у критичному стані.

Контрольні питання:

1. Етіологія та патогенез гострої та хронічної мезентерійної ішемії.
2. Класифікація мезентерійної ішемії.
3. Основні клінічні симптоми захворювання.
4. Лабораторна діагностика мезентерійної ішемії.
5. Методи інструментальної діагностики мезентерійної ішемії.
6. Диференційна діагностика мезентерійної ішемії.
7. Методи консервативного та хірургічного лікування.

Тема практичного заняття №45. *Ультразвукова діагностика вільної рідини в грудній та черевній порожнинах*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи УЗД обстежень органів черевної та грудної порожнини.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів інтерпретувати результати ультразвунографічної діагностики.

Навчальні питання:

1. Фізичні основи методу ультразвунографії
2. Основні правила виконання УСГ
3. Діагностика вільної рідини в черевній порожнині при патології гепатобіліарної системи

Короткий зміст заняття:

Ультрасонографія отримала заслужене визнання у лікарів та пацієнтів як неінвазійний, безпечний метод обстеження, який має високу роздільну здатність. Ультрасонографічне дослідження органів травлення (печінки, підшлункової залози, жовчовидільної системи) проводиться вранці натще після нічного голодування, проте, в невідкладній ситуації обстеження може бути виконане в будь-який час.

Показаннями до ультразвунографічного дослідження є: вільна рідина в черевній порожнині, наявність клінічних або лабораторних ознак, які вказують на ураження печінки; підозра на новоутворення печінки за результатами огляду або одного з інструментальних методів дослідження; уточнення природи виявленого раніше іншими методами вогнища в печінці; уточнення кількості і локалізації метастазів у печінці; проведення інтервенційних втручань під контролем УСГ; травми черевної порожнини. Показаннями до ультразвунографічного дослідження жовчовидільної системи є: наявність клінічних або лабораторних ознак, які вказують на захворювання жовчного міхура або жовчних протоків; діагностика холециститу та обструкції жовчних протоків при гострих болях у животі; діагностика травм печінки; контроль холелітолітичної терапії; оцінка функціонального стану, моторно-евакуаційної функції жовчного міхура; хронічні захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів.

Показаннями до ультразвунографічного дослідження підшлункової залози є: вільна рідина в черевній порожнині, заочеревинному просторі, наявність клінічних або лабораторних ознак, які вказують на ураження залози; діагностика та контроль лікування гострого і хронічного панкреатиту; діагностика і лікування кіст та псевдокіст підшлункової залози; проведення інтервенційних втручань; оцінка стану ретропанкреатичних судин і клітковини.

Контрольні питання:

1. Фізичні основи методу ультразвунографії
2. Показання до ультразвунографічного дослідження
3. Показання до ультразвунографічного дослідження печінки і жовчовидільної системи
4. Показання до ультразвунографічного дослідження підшлункової залози

## 5. Основні УСГ ознаки при дослідженні гепатобіліарної та панкреатичної систем

### Тема практичного заняття №46. *Ускладнення виразкової хвороби кровотечею. Діагностика та хірургічна тактика*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання виразкової хвороби, ускладненої кровотечею, способи її діагностики та хірургічну тактику.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно діагностувати ускладнення виразкової хвороби кровотечею та приймати рішення про хірургічну тактику.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія шлунка та дванадцятипалої кишки.
2. Етіопатогенез виразкової хвороби.
3. Клініка виразкової хвороби, ускладненої кровотечею.
4. Діагностика та хірургічна тактика при виразковій хворобі, ускладненій кровотечею.
5. Хірургічна тактика при шлунково-кишковій кровотечі.

Короткий зміст заняття:

Кровотеча при виразковій хворобі шлунка або дванадцятипалої кишки розвивається внаслідок арозивних змін стінки судини, як розташована в дні виразки. Інтенсивність виразкової кровотечі пов'язана із діаметром ураженої судини, розмірами виразки, показниками гемодинаміки хворого. У більшості випадків, ускладнення виразкової хвороби кровотечею яскраво проявляє себе – розвиваються гематемезис, гемодинамічні зсуви, втрата свідомості. Нерозпізнана шлункова або кишкова кровотеча на ґрунті виразкової хвороби може стати причиною летального висліду. При розвитку виразкової кровотечі проводять зондове промивання шлунка холодною водою та фіброгастро-дуоденоскопію. Оптимального гемостазу досягають електрокоагуляцією, аргоноплазмовою коагуляцією, обколюванням виразки розчином адреналіну або кліпуванням судини. У випадку неефективності або недоступності названих методів, проводять операційне втручання за життєвими показаннями – лапаротомію, ушивання судини, висічення або екстеріоризацію виразки.

Контрольні питання:

1. Клініка виразкової хвороби, ускладненої кровотечею.
2. Ендоскопічні методи зупинки виразкової кровотечі.
3. Класифікація кровотеч за Forrest
4. Показання до операційного втручання при виразковій хворобі, ускладненій кровотечею.

Тема практичного заняття №47. *Ускладнення гострого апендициту: апендикулярний інфільтрат, періапендикулярний абсцес*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про апендикулярний інфільтрат і періапендикулярний абсцес.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів попереджати та вчасно виявляти ускладнення гострого апендициту.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса.
2. Клінічна картина апендикулярного інфільтрату.
3. Клінічна картина періапендикулярного абсцесу.
4. Способи діагностики апендикулярного інфільтрату та періапендикулярного абсцесу.

Короткий зміст заняття:

Апендикулярний інфільтрат є різновидом ускладненого гострого апендициту. Апендикулярний інфільтрат є пухлиноподібним утвором, у який входять великий чепець, петлі тонкої, сліпої та частини висхідної ободової кишок, які відмежовують патологічний процес від вільної черевної порожнини. Формування апендикулярного інфільтрату є своєрідною захисною реакцією організму. Причиною апендикулярного інфільтрату є зазвичай пізніє (3-5 діб від початку захворювання) звернення за медичною допомогою. Періапендикулярний абсцес є ускладненням апендикулярного інфільтрату та є сформованою гнійною порожниною навколо ураженого апендикса.

Контрольні питання:

1. Лікування апендикулярного інфільтрату.
2. Лікування періапендикулярного абсцесу.

Тема практичного заняття № 48. *Ушкодження органів черевної порожнини при гінекологічних операціях*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з можливими ушкодженнями органів черевної порожнини при гінекологічних операціях.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів хірургічної тактики при виявленні пошкодження органів черевної порожнини, профілактики ятрогенних ушкоджень при гінекологічних операціях.

Навчальні питання:

1. Органи, які найчастіше ушкоджуються при гінекологічних операціях.
2. Причини ятрогенних пошкоджень органів черевної порожнини.
3. Вибір методу хірургічного лікування.
4. Профілактика ускладнень в післяопераційному періоді.

Короткий зміст заняття:

Ушкодження органів черевної порожнини при гінекологічних операціях досить рідкісне явище. Найчастіше можуть пошкодитись товста та тонка кишка, сечовий міхур, сечоводи тощо. Серед причин виділяють: виражений спайковий процес, який затруднює диференціацію внутрішніх органів; топографо-анатомічні особливості розміщення суміжних органів; підвищена травматичність вісцеральної очеревини внаслідок тяжкого стану організму (перитоніт, сепсис); технічні помилки при хірургічних маніпуляціях. При виявленні пошкодження вибирають оптимальну тактику хірургічного лікування: ліквідація десерозації, ушивання перфораційного отвору, резекція пошкодженого органа та ін. Закінчують операцію адекватним дрениванням, інтубацією кишки, катетеризацією сечового міхура (у залежності від пошкодженого органа) з поєднанням адекватної консервативної терапії.

Контрольні питання:

1. Супутня патологія, яка може призвести до інтраопераційного пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини.
2. Симптоматика при ушкодженні внутрішніх органів черевної порожнини.
3. Вибір оптимального об'єму операції.
4. Профілактика ятрогенних ушкоджень.
5. Основні види хірургічних доступів при гінекологічних операціях.

**Тема практичного заняття №48. Хірургічне лікування кишкової непрохідності. Операційні доступи, особливості ревізії черевної порожнини**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про особливості операційного лікування непрохідності кишок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів особливостей ревізії органів черевної порожнини при непрохідності кишок.

Навчальні питання:

1. Непрохідність тонкої кишки.
2. Непрохідність товстої кишки.
3. Операційні доступи при різних видах непрохідності кишок.
4. Особливості ревізії органів черевної порожнини.
5. Способи дренивання черевної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Головне завдання операційного втручання – відновлення пасажу вмісту по кишці (розсічення зростів, розправлення завороту, вузлів петель, дезінвагінація, видалення пухлини). Після виконання лапаротомії здійснюють ревізію черевної порожнини, перед початком якої рекомендується зробити новокаїнову блокаду брижі тонкої й товстої кишок. Ревізія починається від дуоденоєюнального переходу, поступово наближаючись до ілеоцекального кута. Орієнтування здійснюється по петлях кишки, роздутих газом, які розташовуються вище місця

перешкоди. При роздутті всього тонкої кишки – локалізація непрохідності в товстій кишці. При ревізії визначають життєздатність кишки, етіологію непрохідності. Особливу увагу звертають на "типові" місця: кутові сегменти (печінковий і селезінковий кути ободової кишки), місця виникнення внутрішніх гриж (внутрішні пахвинні й стегові кільця, затульний отвір, зв'язка Трейца, Вінсловий отвір та отвір діафрагми). Часто етапом операції при кишкової непрохідності є декомпресія ШКТ (інтубація кишки). Показання для інтубації тонкої кишки: паретичний стан тонкої кишки; резекція кишки або ушивання отвору в її стінці за умов парезу або розлитого перитоніту; релапаротомія з приводу ранньої спайкової або паралітичної непрохідності; повторне операційне втручання з приводу спайкової непрохідності; накладання первинних товстокишкових анастомозів при ГКН; дифузний перитоніт; наявність великої заочеревинної гематоми або флегмони заочеревинного простору в поєднанні з перитонітом.

Контрольні питання:

5. Диференційна діагностика різних рівнів непрохідності кишок.
6. Види механічної непрохідності кишок.
7. Характерні симптоми різних видів непрохідності.
8. Ведення хворих оперованих з приводу непрохідності кишок.
9. Види інтраопераційного тюбажу кишки.

**Перелік практичних навичок,  
якими повинен володіти лікар-хірург після закінчення інтернатури**

Назва маніпуляції	Ступінь оволодіння
<b>Хірургічне відділення</b>	
Венепункція. Венесекція	+++
Визначення групи крові	+++
Переливання компонентів крові та її замінників	+++
Інфузія сольових, колоїдних, плазмозамінних розчинів, харчових речовин	+++
Визначення венозного тиску	+++
Визначення тривалості кровотечі і часу зсідання крові	+++
Місцеве знеболення	+++
Проведення комплексу вправ ЛФК в післяопераційному періоді	+++
Пальцеве дослідження прямої кишки	+++
Промивання шлунка, аспірація шлункового вмісту	+++
Введення зонда Блекмора	+++
Сифонна клізма	+++
Паранефральна блокада	++
Пункція черевної порожнини	++
Пункція абсцесів черевної порожнини	+
Лапароскопія	++
Ph-метрія шлункового вмісту	++
Зондове годування хворих	++
Ультрасонографія судин нижніх кінцівок	+
Пункція плевральної порожнини	+++
Дренування плевральної порожнини	++
Лапароцентез. Діагностичний перитонеальний лаваж	++
<b>Анестезіолого-реанімаційне відділення</b>	
Перидуральна анестезія	+
Інтубація трахеї	+++
Звільнення дихальних шляхів від сторонніх тіл. Штучне дихання	+++
Допоміжне дихання. Штучна вентиляція легенів	++
Закритий масаж серця	+++
Трахеостомія (відпрацювання операції на трупах)	+++
Пункція трахеї і мікроіригація бронхіального дерева	+++
Коніотомія	++
<b>Урологічне відділення</b>	
Катетеризація і промивання сечового міхура	+++
Цистоскопія	++

Новокаїнова блокада сім'яного канатика	+++
Катетеризація сечоводів	+
<b>Гінекологічне відділення</b>	
Вагінальне обстеження	+++
Пункція заднього склепіння піхви	++
<b>Онкологічний центр</b>	
Пункційна біопсія пухлин	++
Мамографія	+
<b>Травматологічне і нейрохірургічне відділення</b>	
Спинномозкова пункція	++
Вправлення вивихів плеча і стегна	+++
Репозиція кісткових уламків при нескладних переломах кісток кінцівок	++
Гіпсова іммобілізація при переломах кісток	+++
Накладання скелетного витягу	++
Пункція колінного суглоба	+
<b>Поліклініка</b>	
Місцеве знеболення при гнійних захворюваннях кисті	+++
Пункція абсцесів	+++
<b>Рентгенологічний кабінет</b>	
Рентгеноскопія і рентгенографія грудної клітки	+
Оглядова рентгеноскопія живота	++
Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту	+
Іригоскопія та іригографія	+
Екскреторна урографія	++
Холецисто-холангіографія	++
Ретроградна урографія	++
Флебографія	+
Фістулографія і фістулоскопія	++
Радіоізотопна діагностика захворювань печінки, підшлункової і щитоподібної залоз	+
Ультрасонографічне обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору	+
Комп'ютерне обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору	+
Ядерно-магнітна томографія органів черевної порожнини та заочеревинного простору	
<b>Клінічна лабораторія</b>	
Визначення гемоглобіну	+++
Визначення гематокриту	+++
Визначення групи та резус-приналежності крові	+++
<b>Кабінет ендоскопії і функціональної діагностики.</b>	



Гастродуоденоскопія	++
Аноскопія	+++
Ректороманоскопія	++
Колоноскопія	+
Реовазографія	++
Капіляроскопія	++

**Перелік операційних втручань,  
якими повинен володіти лікар-хірург після закінчення інтернатури**

Назва втручань	Ступінь оволодіння
<b>Хірургічне відділення</b>	
Типова апендектомія	+++
Ретроградна апендектомія	++
Розкриття періапендикулярного абсцесу	++
Зашивання проривної виразки шлунка і 12-ти палої кишки	+++
Стовбурова ваготомія з пілоропластикою, дуоденопластикою	++
Гастро-, дуоденотомія, висічення, екстеріоризація виразки	++
Операції при защемлених грижах	+++
Ентеротомія	++
Резекція кишки	++
Ілеотрансверзостомія	++
Гастротомія. Прошивання варикозно-розширених вен кардіального відділу стравоходу	+
Цеко-, трансверзо-, сигмостомія	++
Інтубація кишок	++
Роз'єднання зрощень при злуковій кишковій непрохідності	++
Лапаротомія при перитонітах, дренажування черевної порожнини	++
Інтраперитонеальний лаваж	+
Розкриття міжпетлевих абсцесів	++
Розкриття абсцесу Дугласового простору	++
Розкриття піддіафрагмального абсцесу	++
Холецистостомія	++
Холецистектомія “від дна”	++
Холецистектомія “від шийки”	++
Холедохотомія і холедохостомія	++
Накладання білідигестивних анастомозів	+
Дуоденотомія, папілотомія, папілопластика	+
Дренажування сальникової сумки при панкреатитах	++

Секвестрэктомія, резекція хвоста підшлункової залози	++
Дренування заочеревинного простору	++
Операція при кістах підшлункової залози: марсупілізація, внутрішнє дренування	+
Ампутація кінцівок	++
Резекція шлунка за Більрот 1	+
Резекція шлунка за Більрот 2	+
Селективна проксимальна ваготомія	+
Операції при пупкових грижах	+++
Операції при грижах білої лінії живота	+++
Операції при пахвинних грижах	+++
Операції при стегнових грижах	+++
Операції при післяопераційних грижах	++
Субтотальна резекція щитоподібної залози	+
Операції при варикозному розширенні вен нижньої кінцівки: Маделунга, Нарата, Бебкока, Кляппа	++
Операція Лінтона-Кокета	++
Операції при геморої	++
Первинна хірургічна обробка опіків	++
Пересадка шкіри	++
Операції при гемопневмотораксі	++
Операції при проникаючих травмах грудної клітки	++
Торакотомія, зашивання рани серця	++
Спленектомія	++
Зашивання рани печінки	++
Зашивання ушкоджень кишок	++
<b>Урологічне відділення</b>	
Епіцистостомія	++
Операції при водянках яєчка і сім'яного канатика	++
Операції при варикозному розширенні вен сім'яного канатика	++
Зашивання ран сечового міхура	++
Розкриття паранефриту	++
<b>Гінекологічне відділення</b>	
Видалення маткової труби при порушеній позаматковій вагітності	+++
Видалення кісти яєчника	+++
Клиновидна резекція яєчника	+++
<b>Онкологічний центр</b>	
Операції при мастопатіях і доброякісних пухлинах грудної залози	++
Секторальна резекція грудної залози	++
Радіальна мастектомія при раку грудної залози	+

Резекція шлунка при раку	+
Проксимальна резекція шлунка	+
Гастректомія	+
Гастротомія	+++
Гастроентеростомія	++
Правобічна і лівобічна геміколектомії. Резекція поперечно-ободової кишки	+
Резекція сигмоподібної кишки	+
Операція Гартмана	++
Висока передня резекція прямої кишки	+
Черевно-анальна резекція прямої кишки	+
Екстирпація прямої кишки	+
<b>Травматологічне і нейрохірургічне відділення</b>	
Первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин	+++
Трепанація черепа	+
Первинна хірургічна обробка проникаючих ран черепа	+
Ламінектомія	+
Остеосинтез при переломах кісток	+
Первинна хірургічна обробка відкритих переломів кісток	++
Секвестректомія	++
Операції при бурситах	++
<b>Поліклініка</b>	
Розкриття карбункулів, гідраденітів	+++
Розкриття абсцесів	+++
Операції при підшкірному, шкірному панариціях, пароніхії	+++
Операції при сухожилковому і кістковому панариціях	++
Розкриття гнійників кисті	++
Видалення доброякісних пухлин м'яких тканин (ліпом, фібром)	+++
Видалення доброякісних пухлиноподібних утворів м'яких тканин (атером, гігром)	+++
Видалення сторонніх тіл з м'яких тканин	+++

## **Освітньо-кваліфікаційна характеристика лікаря-спеціаліста-хірурга**

### **Лікар-хірург повинен знати:**

- організацію планової та невідкладної допомоги населенню країни (загальні питання), організацію роботи в хірургічному відділенні і в кабінеті поліклініки, перев'язочній, операційній;
- організацію медичної допомоги населенню за умов виникнення екстремальних ситуацій з масовими ушкодженнями;
- основні питання клінічної анатомії;
- нормальну фізіологію систем організму, етіологію та патогенез хірургічних захворювань;
- орієнтуватись в константах гомеостазу, їх порушеннях та корекції;
- інтерпретувати результати загальних та спеціальних методів дослідження, робити на основі цих даних узагальнення та практичні висновки;
- питання асептики та антисептики в хірургії; основні документи, які регламентують заходи з підтримання санітарно-епідеміологічного режиму хірургічних відділень;
- основи фармакотерапії (зокрема антибіотико- та гормонотерапії), основи імунології, антибіотикопрофілактики в хірургії
- клінічну симптоматику основних хірургічних захворювань, особливості їх перебігу у дітей, диференційну діагностику хірургічних хвороб з суміжною (урологічною, гінекологічною, терапевтичною) патологією;
- основи фізіотерапії, курортології, лікувального масажу та інших параклінічних методів;
- основи дієтології;
- питання специфічних хірургічних інфекцій (правець, сказ тощо);
- основи післяопераційної реабілітації та положення про тимчасову та стійку втрату працездатності.

### **Лікар-хірург повинен вміти:**

- провести цілеспрямоване клінічне обстеження хворого;
- визначити необхідний обсяг лабораторних, рентгенологічних та інших спеціальних досліджень, прокоментувати їх результати;
- чітко визначити тяжкість стану хворого та обсяг реанімаційних заходів;
- надати невідкладну допомогу хворим в термінальних ситуаціях (масаж серця та інші заходи для відновлення його роботи, штучне дихання, термінова трахеостомія, зупинка зовнішньої кровотечі, профілактика та лікування шоку, промивання шлунка при отруєннях та інші маніпуляції);
- визначити показання для госпіталізації за профілем та організувати її;
- провести диференційну діагностику захворювання у дорослих та дітей, в разі потреби організувати консультацію профільних спеціалістів;

- обґрунтувати тактику консервативного та операційного лікування хворих з хірургічними захворюваннями;
- обґрунтувати показання до проведення операції з урахуванням стану хворого, необхідності передопераційної підготовки та методів знеболення;
- визначити групову і резус-приналежність крові, проводити проби на індивідуальну сумісність, переливати компоненти крові та кровозамінні розчини, діагностувати гемотрансфузійні ускладнення та застосовувати заходи боротьби з ними;
- застосувати принципи післяопераційного лікування хворих;
- своєчасно діагностувати і лікувати післяопераційні ускладнення.

### **Лікар-хірург повинен володіти наступними маніпуляціями та технікою операцій:**

- пункцією вени, вимірюванням венозного тиску, венесекцією;
- первинною хірургічною обробкою рани;
- методикою трахеотомії, трахеостомії та коніотомії;
- пункцією плевральної порожнини, її дронуванням;
- пункцією порожнини перикарду і серця;
- введенням шлункового зонда та зонда Блекмора-Сенгстекена;
- пункцією черевної порожнини, лапароцентезом, діагностичним перитонеальним лаважем;
- методикою екстрених лапаротомій;
- операціями при гострому апендициті, гострому холециститі, проривній виразці шлунка і дванадцятипалої кишки, защемленій грижі, гострій кишковій непрохідності, травматичному розриві селезінки, кишок та інших органів;
- накладанням гастростоми, ентеро- та колостоми;
- дослідженням прямої кишки: пальцевим методом, з допомогою ректального дзеркала, аноскопа;
- перев'язуванням гемороїдальних вузлів;
- методикою консервативного та операційного лікування хворих з внутрішньою кровотечею;
- методикою розкриття та дронування абсцесів, флегмон, парапроктитів, панариціїв, карбункулів;
- фістулографією;
- лікуванням опікових ран та ран при відмороженні;
- видаленням сторонніх тіл із м'яких тканин;
- видаленням доброякісних пухлин м'яких тканин, що розташовані поверхнево;
- зупинкою кровотечі при травмі магістральних судин;
- методикою паранефральної, вагосимпатичної, провідникової та інших новокаїнових блокад;

- методикою катетеризації, пункції сечового міхура та епіцистостомії;
- методикою знеболення і тимчасової та постійної іммобілізації при переломах різної локалізації, вправлення вивихів;
- технікою проведення планових операцій при грижах, варикозній хворобі.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### 1. Медичні ресурси мережі Інтернет

2. Абакумов М.М. Булава Г.В. Повреждение груди, живота и иммунная система. – М.: ООО «СТРОМ», 2006. – 176 с.
3. Абдоминальная травма. Руководство для врачей / под ред. Ермолов А.С.– М.: Видар, 2010. – 504 с.
4. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практ.рук–во / под ред.В.С.Савельева, Б.Р.Гельфинда. – М., 2006.– 168 с.
5. Альперович Б. И. Хирургия печени / Б. И. Альперович. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 352 с.
6. Андреас М. КайзерКолоректальная хирургия / М. Андреас. – М.: Бином, 2011. – 755 с.
7. Анищук, А. А. Эндоскопия – взгляд изнутри: пособие / А. А. Анищук; Томский воен.–мед. ин–т. – М.: МИА, 2008. – 240 с.
8. Анциферов М.Б. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение и профилактика / М.Б. Анциферов. – М.: МИА, 2013. – 304 с.
9. Атлас абдоминальной хирургии. Том 1. Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы / под ред. Э.Итала. – М.: Медицинская литература, 2008. – 508 с.
10. Атлас абдоминальной хирургии. Том 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки / под ред. Э.Итала. – М.: Медицинская литература, 2009. – 472 с.
11. Атлас абдоминальной хирургии. Том 3. Хирургия тонкой и толстой кишки, прямой кишки и анальной области / под ред. Э.Итала. – М.: Медицинская литература, 2008. – 448 с.
12. Атлас онкологических операций / под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 632 с.
13. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреодология: Руководство. — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
14. Барановский А.Ю. Болезни оперированного желудка / А.Ю. Барановский. –С-Пб.: С-ПбМАПО, 2010. – 382 с.
15. Барановский А.Ю. Желтухи. Руководство для врачей/ А.Ю. Барановский. – С-Пб.: С-ПбМАПО, 2014. – 392 с.
16. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А., Левин Л.А. Лечебное питание больных после операций на органах пищеварения.- Санкт-Петербург: Диалект, 2006 – 160 с.
17. Барышев Б.А. Кровезаменители. Компоненты крови: справочник для врачей /Б.А. Барышев. – С-Пб.: Н–Л, 2010. – 204 с.
18. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – С-Пб, 2006. – 560 с.
19. Бойко В.В., Замятин П.Н., Удербает Н.Н., Скорый Д.И., Наконечный Е.В. Хирургия повреждений печени. – Х.: Б.и., 2007. – 240 с.
20. Бойко В.В., Флорикян А.К., Авдосьев Ю.В. и др. Гнойные заболевания легких и плевры. – Харьков: Прапор, 2007. – 576 с.
21. Браун Д.Л. Атлас регионарной анестезии / Д.Л.Браун. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 464 с.
22. Бунина М.В. Предоперационный период /М.В.Бунина. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2009. – 128 с.

23. Ватазин А.В. Послеоперационный перитонит. Хирургические концепции и методы экстракорпоральной гемокоррекции/ А.В.Ватазин.– М.: Бином–пресс, 2014. – 416 с.
24. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації / В. Н. Бойко, Б.О. Матвійчук [та ін.]. – Київ, 2013. – 63 с
25. Видеоэндоскопическая диагностика и минимально инвазивная хирургия холелитиаза / под ред. М.Е. Ничитайло. – К.: ВСИ "Медицина", 2013. – 296 с.
26. Вишневский А.А., РудаковС.С., Миланов Н.О. Хирургия грудной стенки. Видар, 2005. – 312 с.
27. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / За ред. В.Я. Білого. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 324 с.
28. Вказівки з воєнно-польової хірургії. / За ред. Я.Л. Заруцького. – К.:СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.
29. Власов А.П. Диагностика острых заболеваний живота: руководство /А.П.Власов, М.В. Кукош. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 448 с.
30. Волков С.И., Ермолов А.С., Лужников Е.А. Химические ожоги пищевода и желудка. – Медпрактика – М., 2006. – 120 с.
31. Воробьев А. А. Алгоритмы оперативных доступов/А. А.Воробьев. – С-Пб.: ЭЛБИ–С-Пб, 2010. – 256 с.
32. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии. Рук.для врачей. – Москва: «ГЕОТАРМедиа», 2007. – 761 с.
33. Гостищев В.К.Гастроудоденальные кровотечения язвенной этиологии / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 384 с.
34. Гострий апендицит та його ускладнення. / Михайлович В.В., Матвійчук О.Б., Богуцький І.Я. – Львів: Тріада-Плюс, 2011. –154 с.
35. Демченко В.И. Перитонит: клиника, диагностика, лечение /В.И. Демченко. – Нижний Новгород: НГМА, 2015. – 60 с.
36. Ермолов А.С. Диагностика и лечение острого панкреатита /А.С.Ермолов. – М.: Видар – М, 2013. – 384 с.
37. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
38. Закрита травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. – Х., 2008. – 528 с.
39. Замятин П.Политравма. Руководство для врачей (в 2–х томах)/ П. Замятин. – Харьков: Фактор, 2011. – 1328 с.
40. Ирвин Р.Процедуры и техники в неотложной медицине / Р. Ирвин. – М.: Бином, 2014. – 392 с.
41. Інноваційні технології лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч / Л.Я. Ковальчук, Є.М. Шепетько, В.О. Шапринський, В.А. Шуляренко та ін; за ред. Є.М. Шепетька – Київ – Фенікс, 2014 – 424с
42. Калинин Р.Е. Операции на сосудах: учебное пособие/ Р.Е.Калинин. – М.: ГЭОТАР–МЕД,2015. – 120 с.
43. Клавьен Пьер–Ален. Атлас хирургии верхних отделов желудочно–кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей/ Пьер–Ален Клавьен. – М.: Бином, 2009. – 980 с.
44. Клайн Д. Острая абдоминальная патология/ Д. Клайн. – М.: Бином, 2014. – 293 с.
45. Ковалев А.И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А.И.Ковалев. – М.: Бином, 2014. – 358 с.



46. Козлов В.К. Сепсис: этиология, Иммунопатогенез, концепция иммунотерапии. – К.: «АННА - Т», 2007. – 296с.
47. Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей / С.Н. Козлов. – М.: МИА, 2009. – 448 с.
48. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит.–Донецк, 2008.–352с.
49. Кондратенко П.Г., Губергриц Н.Б., Элин Ф.Э., Смирнов Н.Л. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей. – Х.: Факт, 2006. – 385 с.
50. Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. Острое кровотечением в просвет органов пищеварительного канала: Практическое руководство. – Донецк, 2006. – 420 с.
51. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 512 с.
52. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. Гастроинтестинальная эндоскопия: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 374 с.
53. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии. – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
54. Кусталоу К. Неотложные врачебные манипуляции. Цветной атлас/К. Кусталоу. – М.: Практика, 2006. – 160 с.
55. Лебедев Н.В. Гастродуоденальные кровотечения/ Н.В.Лебедев.– М.: Бином, 2015. – 232 с.
56. Лысенко М. В. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика /М. В. Лысенко.–М.: Литтерра, 2010. – 176 с.
57. Маврин М.И. Атлас операций на органах желудочно–кишечного тракта и поджелудочной железе / М.И. Маврин. – М.: Казань, 2013. – 52 с.
58. Майстренко Н.А. Практикум по неотложной абдоминальной хирургии/ Н.А. Майстренко. – С-Пб.: ЭЛБИ–С-Пб, 2011. – 288 с.
59. Мак-Интайр Р.Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии /Мак–Интайр Р.Б.,Стигманн Г.В., Айсман Б.; пер. с англ В.Д. Федорова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 744 с.
60. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М, Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
61. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосенцев Н.Ф. Сепсис (эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия). – Днепропетровск: АРТПРЕСС, 2004. – 158 с.
62. Мамчур В.Й., Десятерик В.І., Котов О.В. Антибактеріальна терапія та профілактика в хірургії // Кривий Ріг – 2012 – 110с.
63. Медико-соціальна експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності: Навчально-методичний посібник/ Іпатов А.В., Науменко Л.Ю., Сергієні О.В., [і ін.] – Д.: Друк. ДНУ, 2006. – 350 с.
64. Меньков А.В. Основы ухода за больными в хирургической клинике /А.В.Меньков. – Нижний Новгород: НГМА, 2014. – 114 с.
65. Невідкладна військова хірургія : [посібник] : присвяч. військ. лікарям / Інститут Бордена (США); ред.: В. Чаплик, П. Олійник, А. Цегельський ; пер. з англ. А. Кордіак [та ін.]. - 4-те америк. перегл. і випр. вид. : укр. вид. - Київ : Наш формат, 2015. – 540 с.
66. Непроходимость кишечника (Руководство для врачей). / Под ред. А.П. Радзиховского. – К.: Феникс, 2012. – 504 с.
67. Никифорова Я.В. Основные положения Согласительной конференции по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* — Маастрихт V (2015) / Я.В.

- Никифорова, Н. И. Черелюк, Т. Н. Толстова // Сучасна гастроентерол.— 2016.— №6(92).— С. 119—133.
68. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. – К.: Маком, 2006. – 344 с.
69. Овчинников В.А. Соединение тканей в хирургии: руководство для врачей / В.А.Овчинников. – Нижний Новгород: НГМА, 2014. – 152 с.
70. Онкологія: Підручник. 3 видання, перероб. і доп. За ред. проф. Б.Т. Білінський К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
71. Оперативная лапароскопия. Н.Е.Чернеховская, В.Г.Андреев, А.В.Поваляев. – М.: «МЕДпрессинформ», 2010. – 190 с.
72. Оперативная хирургия. Учебное пособие / Гетьман И.Б. – Издательство: Научная книга, Саратов, 2012. – 159 с.
73. Осипова, Н. А. Боль в хирургии: средства и способы защиты / Н. А. Осипова, В. В. Петрова. – М.: МИА, 2013. – 464 с.
74. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. — 224 с.
75. Поздняков Б. В. Основы оперативной хирургии внепеченочных желчевыводящих путей / Б. В. Поздняков. – СПб.: ЭЛБИ–С–Пб, 2011. – 384 с.
76. Рациональная инфузионная терапия / под ред. В.И. Черния. – Д.: Заславский, 2012. – 184 с.
77. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози. – Ужгород: ВЕТА Закарпаття, 2006. – 204с.
78. Савельев В.С. Панкреонекрозы/ В.С.Савельева. – М.:МИА, 2008. – 264 с.
79. Савельев В.С. Перитонит / В.С.Савельев. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
80. Савельев В.С. Сепсис: классификация, клинико–диагностическая концепция и лечение/ В.С. Савельев. – М.: МИА, 2013. – 360 с.
81. Сажин, В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 512 с.
82. Сахарчук И.И. Воспалительные заболевания легких и плевры. – К.: Книга плюс, 2006. – 296 с.
83. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения. – С-Пб.:ЭЛБИ–С–Пб, 2007. – 415 с.
84. Сепсис и полиорганная недостаточность / В.Ф. Саенко, В.И. Десятерик, Т.А. Перцева, В.В. Шаповалюк. – Кривой Рог: Минерал, 2005. – 466 с.
85. Сосудистая хирургия по Хаймовичу/ под редакцией Э. Ашера. – М.: Бином., 2010. – 1184 с.
86. Стандарти організації та професійноорієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота // Науково-методичне видання // За редакцією Березницького Я.С., Фоміна П.Д. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2010 – 470с. (серія «Бібліотека «Здоров'я України»)
87. Стражнов А.В. Патология пищевода, требующая неотложной помощи. – Нижний Новгород: НГМА, 2007. – 108 с.
88. Торакальна травма: учбовий посібник для лікарів хірургічного профілю / [А.В.Макаров, В.Г.Гетьман, В.І.Десятерик та ін.]. – Кривий Ріг: СП «Міра», 2005. – 234 с.

89. Усенко О.Ю., Білоус Г.В., Путинцева Г.Й. Хірургія. 3-тє видання // Київ – ВСВ «Медицина» - 2015 – 416с.
90. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. Эндоскопическая хирургия. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 544 с.
91. Фелештинський Я.П. Післяопераційні грижі живота. – К.: ТОВ «Бізнес–Логіка» 2012. – 200 с.
92. Фергюсон М. Атлас торакальної хірургії. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 304с.
93. Френк Неттер. Атлас анатомії людини (під ред. проф. Чайковського Ю.Б., переклад з англ. к.мед.н. Цегельського А.А.), – Львів, Наутілус, 2004
94. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике: учеб. пособие. / Суковатых Б.С., Сумин с.А., Горшунова Н.К. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 624 с.
95. Хирургия поврежденной печени / под ред. В.В. Бойко. – Х., 2007. – 240 с.
96. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. - Х.: Фак І,2006. 916 с.
97. Хірургія / За ред. Б.П. Лисенка, В.Д. Шейка, с.Д. Хімича. – Київ, ВСВ «Медицина», 2010. – 712 с.
98. Хірургія / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2010. – 1056 с.
99. Хірургія. Том 1 / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро–VAL», 2006. – 443 с.
100. Хірургія. Том 2 / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро–VAL», 2007. – 628 с.
101. Хірургія: підручник / За ред. проф. П.Г. Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – 968 с.
102. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия поврежденных. – С-Пб.: Гиппократ, 2005.–648 с.
103. Цыбусова Т.Н. Острые и хронические неспецифические гнойно–деструктивные заболевания легких и плевры в хирургии: учебное пособие / Т.Н.Цыбусова. – Н.Новгород: Ниж. ГМА, 2008. – 212 с.
104. Чернеховская Н.Е.Диагностическая лапароскопия/ Н.Е. Чернеховская. – М.: Медпресс, 2009. – 136 с.
105. Чернов В. Н.иОстрая непроходимость кишечника/ В. Н. Чернов, Б. М. Белик. – М.: Медицина, 2008. – 512 с.
106. Черный В.И., Колесников А.Н., Кабанько Т.П. Современные направления в интенсивной терапии и профилактике нарушений гемостаза в медицине критических состояний (практическое руководство). – Донецк, «Новый мир», 2006. – 224 с.
107. Шалимов А.А., Радзиховский А.П. Атлас операций на органах пищеварения (в двух томах) // Київ, «Наукова думка», 2005 – 626с.
108. Шальков Ю.Л. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике / Ю.Л. Шальков. – М.: Бином, 2013. – 204 с.
109. Шальков Ю.Л., Гамидов А.Н. Спаечный синдром. – Харьков: Коллегиум, 2010. – 244 с
110. Шахшаль Г. Практическая колоноскопия. Методика, рекомендации, советы и приемы / Г. Шахшаль. – М.: МЕДпресс–информ, 2012. – 192 с.
111. Швед М.І., Пасечко Н.В., Мартинюк Л.П. та ін. Клінічна ендокринологія в схемах і таблицях. — Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2006. — 344 с.
112. Шулуток А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.А. Эндоскопическая торакальная хирургия. – М.: Медицина, 2006. – 464 с.

113. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии / Ф. Шумпелик – М.: Бином, 2010. –616 с.
114. Экстренная медицинская помощь при травме / под редакцией Э. Мура, Л. Мэттокса, Д. Феличиано. – М.: Практика, 2010. – 744 с.
115. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учеб. пособие / Н. Е. Черняховская [и др.]. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 200 с.
116. Энтеросорбция при ожоговой болезни / Г.П.Козинец, А.М.Боярская, О.И.Осадчая [и др.]. – К.: Богдана, 2009. – 264 с.
117. Agresta F. Laparoscopic Cholecystectomy / Ferdinando Agresta, Fabio Cesare Campanile, Nereo Vettoretto // Springer International Publishing Switzerland. – 2014. – 185 p.
118. Avci C., Schiappa J.M. Complications in laparoscopic surgery: a guide to prevention and management. – Springer, 2016 – 118 p.
119. Bonavina L. Innovation in Esophageal Surgery / Springer-Verlag Italia. – 2012. – 136 p.
120. Brent G.A., Larsen P.R., Davies T.F. Hypothyroidism and thyroiditis / Kronenberg H.M., Melmed S., Polonsky K.S., Karsen P.R. eds. Williams Textbook of Endocrinology. — 11<sup>th</sup> ed. — Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2008. — 1872p.
121. Brethauer S. Minimally Invasive Bariatric Surgery / Stacy Brethauer, Philip R. Schauer, Bruce D. Schirmer // Springer-Verlag New York. Distribution rights for India: Delhi Book Store, New Delhi, India. – 2015. – 544 p.
122. Canonico Silvestro. Inguinal Hernia / InTech. – 2014. – 132 p.
123. Clinical Management of Thyroid Disease / Ed. by F.E. Wondisford, S. Radovick. — John Hopkins University School of Medicine. — Baltimore, Maryland, 2009. — 860 p.
124. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. by J. E. Dominguez-Munoz. — Oxford [et al.]: A Blackwell Publ. Co., 2005. — 535 p.
125. Dai Yamanouchi. Vascular surgery. InTech. – 2012. – 262 p.
126. Dienemann Hendrik C. Chest Surgery / Hendrik C. Dienemann, Hans Hoffmann, Frank C. Detterbeck // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2015. – 544 p.
127. Dubrana F. Techniques chirurgicales / Frederic Dubrana, Philippe Pasquier // Springer-Verlag Paris. – 2011. – 387 p.
128. Givel J-C. Anorectal and colonic diseases. A practical guide to their management / J-C. Givel, N.J. Mortensen, B. Roche // Third edition. – Springer. – 2006. – 802 p.
129. Hirsh J. Guidelines for antithrombotic therapy / J. Hirsh // Eight Edition. Hamilton: BC Decker Inc. — 2008. — 180 s.
130. Hyung Kyu Yang. Hemorrhoids / Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2014. – 142 p.
131. J.R. Howe. Endocrine and Neuroendocrine Surgery / James R. Howe // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2017. – 160 p.
132. Kingsnorth A. N. Management of abdominal hernias / A. N. Kingsnorth. — 2001. – 420 p.
133. Lumley J.S.P. Vascular Surgery / J.S.P. Lumley, Jamal J. Hoballah // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – 462 p.
134. Moshe Schein. Schein's common sense emergency abdominal surgery. Springer. – 2005. – 458 p.
135. Nicolaidis A.N. Prevention and treatment of venous thromboembolism. International Consensus Statement. Guidelines according to scientific evidence / A.N. Nicolaidis, J. Fareed, A.K. Kakkar [et al.]. — London: CDER Trust, 2006. — 128 s.

136. Oncology – Онкологія. Підручник / І. Б. Щепотін, В. Є. Чешук, Л. В. Гривкова [та ін.]; за ред. проф. І. Б. Щепотіна, Р. Т. Еванса. – К.: Медицина, 2008. – 216 с.
137. Philip H. Gordon. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Third edition. Informa helscare USA, Inc. New York, London. – 2006. – 1354 p.
138. Phlebology, Vein Surgery and Ultrasonography / Eric Mowatt-Larssen, Sapan S. Desai, Anahita Dua, Cynthia E. K. Shortell // Springer International Publishing. – 2014. – 394 p.
139. Schumpelick V. Recurrent hernia. Prevention and treatment / V. Schumpelick, R. J. Fitzgibbons. – Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg, 2007. – 433 p.
140. Shiffman M. A. Aesthetic surgery of the abdominal wall / Melvin A. Shiffman, Sid Mirrafati // Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. – 2005. – 244 p.
141. Siewert J.R. Chirurgie/ J. R. Siewert, Hubert J. Stein // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2012. – 1028 p.
142. Stefano Nazari. Front lines of thoracic surgery. InTech. – 2012. – 412 p.
143. Stein E. Anorectal And Colon Diseases. Textbook and color atlas of proctology / E. Stein // Springer. – 2003. – 522 p.
144. Surgical recall. 7<sup>th</sup> edition. Lorne H. Blackbourne / LWW, Sewenth, North American edition – 2014 – 824 pages
145. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Third edition. / S.R. Steele, T. L. Hull, Th.E. Read, T.J. Saclarides, A.J. Senagore, C.B. Whitlow // Springer International Publishing. – 2016. – 1292 p.
146. The Globesity Challenge to General surgery. Foletto, Mirto, Rosenthal, Raul /Springer-Verlag, Padua, Italia – 2014 – 246p.
147. Wexner S.D. Colon and rectal surgery. Abdominal operations / S.D. Wexner, J.W. Fleshman // Lippincott Williams & Wilkins. – 2012. – 612 p.
148. Wu S. Atlas of Single-Incision Laparoscopic Operations in General Surgery / Shuodong Wu, Ying Fan, Yu Tian // Springer Netherlands. – 2013. – 438 p.
149. Zinner M. Maingots Abdominal Operations. McGraw Hill Professional. – 2007. – 1488 p.
150. Zongcheng Yang. Chinese Burn Surgery / Springer Netherlands. – 2015. – 481 p.