

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



Методичні розробки практичних занять
(частина друга)

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**

№	вид	ТЕМА	год.
1.	прак	Абсцеси печінки. Етіологія, клініка, методи діагностики. Ускладнення. Лікування	4
2.	прак	Бешиха та еризипелоїд	4
3.	прак	Біохімічні дослідження функції печінки, підшлункової залози і нирок при хірургічних захворюваннях. Показники печінкової та ниркової недостатності	4
4.	прак	Геморой. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика	2
5.	прак	Гнійні захворювання кисті (панарицій, пароніхій, флегмона)	4
6.	прак	Гнійні процеси в грудній залозі. Гнійний лактаційний мастит. Розрізи при маститі.	4
7.	прак	Гостра печінкова та ниркова недостатність в ургентній хірургії. Інтенсивна терапія.	2
8.	прак	Диференційна діагностика механічної жовтяниці	2
9.	прак	Діагностика і лікування гнійників черевної порожнини	2
10.	прак	Доброякісні пухлини шлунка	4
11.	прак	Доступи і дренивання міжпетлевих абсцесів	2
12.	прак	Дренування гнійників піддіафрагмального простору	2
13.	прак	Дренування гнійників простору Дугласа	2
14.	прак	Дренування підпечінкових гнійників	2
15.	прак	Дренування плевральної порожнини після операцій на органах грудної клітки	2
16.	прак	Загоєння рани: первинне, вторинне. Ускладнення	2
17.	прак	Клініка абсцесу і гангрені легені. Диференційна діагностика з туберкульозом, раком, актиномікозом, нагноєними кістами	2
18.	прак	Клініка жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень	2
19.	прак	Клініка і диференційна діагностика хронічного калькульозного холециститу. Показання до хірургічного лікування	4
20.	прак	Клініка і діагностика гострого парапроктиту. Консервативне та операційне лікування	2
21.	прак	Клініка і діагностика гострого холециститу та його ускладнень	4
22.	прак	Клініка і діагностика кіст та псевдокіст підшлункової залози	4
23.	прак	Клініка і діагностика різних форм і стадій перитоніту	4
24.	прак	Клініка і діагностика хронічного безкам'яного холециститу. Холестероз жовчного міхура. Вибір методу лікування (консервативний, хірургічний)	2
25.	прак	Клініка, діагностика і лікування різних форм хронічного панкреатиту: кальцинозного, калькульозного, псевдотуморозного, склерозуючого. Ускладнення	4
26.	прак	Лапароскопічна холецистектомія. Показання, протипоказання. Інструментарій. Техніка виконання	4
27.	прак	Методи діагностики цирозу печінки та портальної гіпертензії	2
28.	прак	Методи консервативного і операційного лікування геморою. Ускладнення	2
29.	прак	Методи обтурації кишкових нориць	2
30.	прак	Невідкладні операції при портальній гіпертензії та показання до них	4
31.	прак	Операції на печінці, жовчному міхурі та жовчних протоках: техніка виконання холецистостомії, холецистектомії, холедохостомії	2

32.	прак	Операції на печінці: зашивання ран печінки, способи зупинки кровотечі	2	
33.	прак	Операції на шії: коніотомія, трахеотомія, трахеостомія. Доступи до шийного відділу стравоходу	4	
34.	прак	Операції при травмі грудної клітки. Торакотомія, резекція ребра, шов рани легені	4	
35.	прак	Операції при флегмоні кінцівки.	4	
36.	прак	Особливості діагностики і хірургічної тактики при поєднаній травмі органів грудної клітки та живота	4	
37.	прак	Особливості клініки гострого холециститу в осіб похилого віку	2	
38.	прак	Паранефрит, параколіт, псоїт	4	
39.	прак	Первинна хірургічна санація рани: рання, відтермінована, пізня	4	
40.	прак	Плеврит. Емпієма плеври. Гострий піопневмоторакс. Причини, діагностика, лікування	2	
41.	прак	Показання до хірургічного лікування і види операцій при хронічному панкреатиті	4	
42.	прак	Показання та протипоказання до хірургічного лікування бронхоектатичної хвороби. Види операцій	2	
43.	прак	Поранення і розриви легень. Діагностика. Хірургічні доступи. Види операцій	4	
44.	прак	Поранення серця. Методика зашивання ран серця	4	
45.	прак	Пункція плевральної порожнини. Пункція перикарда	4	
46.	прак	Пухлини тонкої кишки та її брижі	4	
47.	прак	Рак жовчного міхура та жовчних протоків	4	
48.	прак	Рак ободової та прямої кишок	4	
49.	прак	Рак підшлункової залози та великого дуоденального сосочка	4	
50.	прак	Рак шлунка	4	
51.	прак	Розрізи при абсцесах і флегмонах обличчя	2	
52.	прак	Спонтанний пневмоторакс	2	
53.	прак	Способи дренивання черевної порожнини при перитоніті. Лаваж черевної порожнини	2	
54.	прак	Сучасні погляди на етіологію, патогенез та лікування гострого панкреатиту	2	
55.	прак	Тактика хірурга при гострому холециститі. Вибір методу операційного втручання	4	
56.	прак	Техніка спленектомії	2	
57.	прак	Травматичне ушкодження діафрагми. Операційні доступи: лапаротомний, торакотомний	4	
58.	прак	Тріщини заднього проходу. Діагностика. Методи консервативного і операційного лікування	2	
59.	прак	Ускладнення гострого панкреатиту та їх лікування	4	
60.	прак	Ушкодження периферійних нервів. Діагностика, операційне лікування, реабілітація	4	
61.	прак	Ушкодження сухожилків. Первинний і вторинний шов та пластика сухожилків	4	
62.	прак	Фурункул і фурункульоз, карбункул, гідраденіт, лімфаденіт	4	
63.	прак	Хірургічна санація ран шії. Доступи до судин шії. Пункція і катетеризація підключичної вени	4	
64.	прак	Хірургічна тактика і техніка операцій при тонко- і товстокишкових норицях	4	

65.	прак	Хірургічні методи лікування механічної жовтяниці. Показання до холедохотомії, і техніка виконання, методи завершення операції.	4	
66.	прак	Целюліт, флегмона підшкірної клітковини	4	
67.	прак	Шляхи розповсюдження гнійно-запальних процесів і гематом шиї. Дренування клітковинних просторів шиї	4	
68.	прак	Шляхи розповсюдження гнійно-запального процесу верхньої кінцівки. Хірургічні доступи до судин та доступи при розкритті гнійників верхньої кінцівки.	4	
69.	прак	Шляхи розповсюдження гнійно-запального процесу нижньої кінцівки. Хірургічні доступи до судин та доступи при розкритті гнійників нижньої кінцівки.	4	
70.	прак	Шляхи розповсюдження гнійно-запального процесу сідничної ділянки.	2	
71.	прак	Шляхи розповсюдження запального процесу заочеревинного простору. Доступи до органів та дренування заочеревинного простору	4	
		Всього	226	

Тема практичного заняття №1. *Абсцеси печінки. Етіологія, клініка, методи діагностики. Ускладнення. Лікування*

Навчальна мета: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про етіологію, клініку та діагностику абсцесів печінки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити діагностику та вибирати правильну лікувальну тактику при абсцесах печінки.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія печінки.
2. Артерії та вени печінки.
3. Причини виникнення абсцесів печінки.
4. Ехінококоз печінки.
5. Ультрасонографічна діагностика абсцесів печінки.
6. Особливості КТ печінки.

Короткий зміст заняття:

Абсцес печінки – обмежене скупчення гною в печінковій паренхімі внаслідок проникнення в неї мікроорганізмів або паразитів. Виділяють бактерійні та паразитні абсцеси, а також абсцеси, що сформувалися в результаті нагноєння ехінококової кісти. Проникнення мікрофлори в тканини печінки відбувається міліарним, венозним, артерійним та контактним. Найчастіше збудниками абсцесів є кишкова паличка, ентеробактерії, клебсієли, стрептококи. Майже у 50% пацієнтів висівають кластридальну флору (бактероїди, пептострептококи). Основними симптомами абсцесу печінки є інтермітуюча гарячка з амплітудою коливань температури до 3–4°C та проливним потом; постійний тупий біль у правому підребер'ї, який посилюється при рухах, диханні; зниження апетиту, загальна слабкість при тривалому схудненні. При великих та множинних гнійниках часто відзначають гепатомегалію. Для множинних холангіогенних абсцесів характерна жовтяниця. Для встановлення діагнозу особливе значення має анамнез (наявність у минулому будь-якого септичного захворювання) та епіданамнез, а також результати об'єктивного обстеження з урахуванням загальних та місцевих ознак хвороби. У клінічному аналізі крові виявляють лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, анемію. При оглядовому рентгенологічному дослідженні в проекції абсцесу печінки іноді виявляють рівень рідини з газом над ним, що є прямою ознакою абсцесу. Найбільш інформаційні методи дослідження – ультрасонографічне дослідження, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія. Ці методи дозволяють найточніше визначити локалізацію і розміри абсцесу в печінці. Під контролем ультрасонографії проводять пункцію абсцесу для уточнення діагнозу та визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків. Ускладнення абсцесів печінки спостерігаються у 30% хворих. Найчастіше трапляються перфорації: у вільну черевну порожнину, в плевральну порожнину, рідше – у просвіт шлунка або ободової кишки. У лікуванні

найчастіше використовують черезшкірне зовнішнє дренажування абсцесів печінки під контролем ультрасонографії. У подальшому промивають порожнину гнійника розчинами антисептичних засобів. При неможливості застосування або безуспішності даного способу лікування вимушено вдаються до хірургічного втручання – розкриття і дренажування порожнини абсцесу.

Контрольні питання:

1. Сегментарна будова печінки.
2. Артерії та вени печінки.
3. Причини виникнення абсцесів печінки.
4. Шляхи поширення інфекції при абсцесах печінки.
5. Клінічна картина абсцесів печінки.
6. Особливості ехінококозу печінки.
7. Діагностична програма при підозрі на абсцес печінки.
8. Лікувальна тактика при абсцесах печінки.

Тема практичного заняття №2. *Бешиха та еризипелоїд*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів знання патогенезу, клініки, діагностики та лікування бешихового запалення та еризипелоїду.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати бешихове запалення та еризипелоїд, вміти проводити диференційну діагностику між різними формами бешихового запалення шкіри.

Навчальні питання:

1. Визначення бешихового запалення та еризипелоїду.
2. Класифікації бешихового запалення (за тяжкістю захворювання, за характером місцевих змін та поширеності, за частотою виникнення).
3. Патогенез та фактори ризику бешихового запалення та еризипелоїду.
4. Клінічна картина та діагностика бешихового запалення та еризипелоїду.
5. Лікування.

Короткий зміст заняття:

Бешихове запалення – інфекційне захворювання, для якого є характерним вогнищеве серозне або серозно-геморагічне запалення шкіри, яке супроводжується лихоманкою та інтоксикацією. Збудником захворювання є гемолітичний стрептокок групи А. Серед чинників ризику виникнення захворювання є трофічні зміни шкіри, як наслідок порушення артеріального або венозного кровоплину, захворювання шкіри, переохолодження тощо. Захворювання перебігає у три етапи: початковий, розпал захворювання, реконвалесценція. Для кожного етапу характерні свої клінічні зміни. Захворювання може ускладнитись абсцедуванням, флегмоною, некротичними змінами шкіри, тромбофлебітом, сепсисом, слоновістю. Діагностика базується

на характерній клінічній картині. Застосовується місцеве та загальне лікування. Важливим моментом в профілактиці рецидивів захворювання є санація хронічних джерел інфекції. Еризипелоїд – гостра, схильна до обмеження інфекція шкіри, яка викликається грампозитивною паличкою свинячого бешихового запалення. Зараження відбувається після контакту з твариною, сирим м'ясом, рибою, моллюсками. При клінічному обстеженні виявляються характерні фіолетово-червоні плями на шкірі, свербіж, підвищення температури. Для лікування застосовують антибіотики та рентгенотерапію.

Контрольні питання:

1. Збудник бешихового запалення.
2. Морфологічні форми бешихового запалення.
3. Групи антибактеріальних препаратів, які використовують для лікування бешихового запалення.
4. Збудник еризипелоїду.
5. У яких випадках застосовують операційне лікування бешихового запалення?

Тема практичного заняття №3. ***Відновлення прохідності жовчних протоків на дренажі. Білідигестивні анастомози. Ендоскопічне стентування протоків.***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про методи лікування механічної жовтяниці доброякісного та пухлинного генезу.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних даних, лабораторних та інструментальних методів обстеження діагностувати та лікувати біліарну обструкцію.

Навчальні питання:

1. Причини непрохідності позапечінкових жовчних протоків.
2. Діагностика механічної жовтяниці.
3. Показання та протипоказання до конвенційного хірургічного лікування механічної жовтяниці.
4. Показання та протипоказання до ендоскопічного лікування біліарної обструкції.
5. Методи та необхідне обладнання для ендоскопічної декомпресії позапечінкових жовчних протоків.
6. Ускладнення ендоскопічних черезпапілярних втручань.

Короткий зміст заняття:

Механічна жовтяниця ускладнює перебіг жовчнокам'яної хвороби у близько 24% пацієнтів і є основним симптомом, який виявляють у пацієнтів зі злякисними новоутворами гепато-біліарної системи (рак головки підшлункової залози, жовчного міхура, великого дуоденального сосочка, позапечінкових

жовчних протоків). Методами вибору у лікуванні механічної жовтяниці небезпідставно стали ендоскопічні черезпапілярні втручання (менша кількість ускладнень, краща переносимість пацієнтами, нижча летальність), а класичні хірургічні втручання на протоках (холедохолітомія, зовнішнє дренивання, біліодигестивний анастомоз) застосовуються щораз рідше. У випадку холедохолітазу застосовують ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією або інтракорпоральну літотрипсію. Черезпапілярна ендоскопічна декомпресія займає чільне місце у симптоматичному лікуванні злякисної біліарної обструкції позапечінкових жовчних протоків (поліпропіленові або металеві саморозширювальні стенти) і може бути етапом підготовки пацієнтів до радикальних операцій. Вперше ендобіліарне стентування виконав N. Soehendra у 1979 р. з допомогою гастроскопу з косою оптикою у пацієнта із раком головки підшлункової залози. Успіх першої спроби, а також вдосконалення моделей дуоденоскопів дозволило широко застосовувати ендодренування для паліативного лікування біліарної обструкції пластиковими стентами різних типів та діаметрів уже зі середини 80-х років минулого сторіччя. З початку 90-х років для клінічного застосування використовують металеві саморозширювальні стенти. Їх основною перевагою є більший внутрішній діаметр (8-10 мм), що значно збільшує термін їх функціонування (6-12 місяців, проти 3 місяців для пластикових стентів). Металеві стенти відрізняються способом розправлення, наявністю або відсутністю покриття, матеріалом з якого вони виготовлені (оптимальними вважаються стенти із нікель-титанового сплаву у співвідношенні 45% до 55%). Ускладнення при стентуванні виникають у 10-15% пацієнтів і часто піддаються ендоскопічній та консервативній корекції.

Контрольні питання:

1. Класифікація біліарної обструкції.
2. Види хірургічних конвенційних операцій при різних видах механічної жовтяниці.
3. Показання та протипоказання до ендоскопічних черезпапілярних втручань.
4. Етапи ендоскопічної декомпресії позапечінкових жовчовивідних протоків.
5. Види стентів, методи їх встановлення.
6. Методи перед- та інтраопераційної профілактики ускладнень ендоскопічних
7. втручань.
8. Ранні та віддалені результати ендоскопічного лікування, їх порівняння з хірургічними методами.

Тема практичного заняття №4 *Гемоторакс (гемопневмоторакс). Механізм виникнення, види. Лікування*

Навчальна мета: відновити знання у лікарів-інтернів про механізм виникнення гемотораксу, його види та сучасні методи лікування згідно протоколів невідкладної хірургії.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно діагностувати гемоторакс на основі правильної інтерпретації результатів клінічних та інструментальних досліджень і обрати адекватну лікувальну тактику.

Навчальні питання:

1. Гемоторакс. Види гемотораксу. Клініка, діагностика.
2. Алгоритм невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі при
3. гемотораксі.
4. Показання до активної тактики при гемотораксі та різновиди хірургічних
5. втручань.

Короткий зміст заняття:

Гемоторакс – це нагромадження крові в плевральній порожнині. Виникає при порушенні цілості або збільшенні проникності судин легенів, плеври, стінки грудної клітки, середостіння. Причини травматичного гемотораксу – тупа або проникаюча травма грудної клітки різної етіології з пошкодженням міжреберних і внутрішньої грудної артерії, органів (легень, серця, діафрагми), внутрішньогрудної гілки великих судин (аорта, порожнисті вени), при операційних втручаннях. Класифікація гемотораксу: 1. За етіологією: а) травматичний, б) патологічний (внаслідок різних захворювань), в) післяопераційний. 2. За величиною крововтрати: а) малий – рівень крові в межах реберно-діафрагмального синуса, крововтрата до 500 мл (синусовий гемоторакс); б) середній – рівень досягає нижнього кута лопатки, крововтрата до 1 л; в) великий – до нижнього краю II ребра, крововтрата більше 1 л; г) тотальний – кров у плевральній порожнині рівномірно стискає всю легеню. 3. За динамікою: а) наростаючий, б) стабільний. 4. За наявністю ускладнень: а) той що згорнувся, б) інфікований. Клініка залежить від інтенсивності внутрішньої кровотечі, стискання або зміщення легень і середостіння. Прикореневі і глибокі розриви легені супроводжуються масивною кровотечею, поверхневі ушкодження – незначною. Малий гемоторакс до 200 мл в більшості випадків клінічно не визначається. Пацієнта може турбувати біль в ділянці пошкодження та деяке обмеження дихальних рухів. Такий гемоторакс зазвичай розсмоктується з формуванням плевральних зрощень. При середньому гемотораксі відзначаються кашель, задишка, біль у грудях, блідість, відставання в акті дихання грудної клітки на боці ураження, ослаблення дихання і притуплення перкусійного звуку. Рентгеноскопія виявляє затемнення на рівні кута лопатки, іноді з горизонтальним рівнем. У тяжких випадках на перший план виступають симптоми масивної внутрішньоплевральної

кровотечі: слабкість, блідість шкіри і слизових, тахікардія, задишка, падіння артерійного тиску. Відзначаються занепокоєння, біль у грудях, ціаноз шкіри, випинання міжреберних проміжків, кашель, іноді з кров'ю, утруднення дихання, притуплення перкусійного звуку, помітне відставання в акті дихання грудної клітки, перкусійно визначається тупий звук, дихання не вислуховується. Ступінь анемії залежить від величини крововтрати. Постраждалих з пораненнями грудей навіть без об'єктивних ознак проникаючого поранення оглядають в положенні сидячи і їх слід госпіталізувати. Діагноз підтверджується за результатами клінічних ознак, оглядової рентгенографії грудної клітки, плевральної пункції, відеоторакоскопії. Дуже важливо встановити чи триває кровотеча в плевральну порожнину, чи вже зупинилася. Для цього проводять пробу Ревілуа-Грегуара. Кров, отриману зі шприца виливають у пробірку або лоток, якщо кров згортається, то це ознака кровотечі, що триває, якщо ні – то кровотеча зупинилася. При наявності в плевральній порожнині одночасно і повітря і крові, остання утворює горизонтальний рівень. У цьому випадку діагностують гемопневмоторакс. Вибір лікувальної тактики залежить від виду гемотораксу, проводять пункцію або дренажування плевральної порожнини за Бюлау.

Контрольні питання:

1. Клініка і діагностика гемотораксу (гемопневмотораксу).
2. Види гемотораксу.
3. Лікувальна тактика при травмі грудної клітки, ускладненої великим гемотораксом.
4. Лікувальна тактика при травмі грудної клітки, ускладненої середнім і малим гемотораксом.
5. Проба Ревілуа-Грегуара: методика, трактування результатів.
6. Ознаки внутрішньоплевральної кровотечі. Показання до торакотомії.
7. Лікувальна тактика при згорненому гемотораксі.
8. Лікувальна відеоторакоскопія при гемотораксі.

Тема практичного заняття №5. ***Гнійні захворювання кисті (панарицій, флегмона)***

Навчальна мета заняття: поглибити знання лікарів-інтернів з анатомічної будови кисті та пальців, сформувані знання діагностики та основ операційного лікування гнійних захворювань кисті.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати панарицій та флегмону кисті.

Навчальні питання:

1. Анатомія м'яких тканин кисті та пальців.
2. Класифікація панарицію.
3. Класифікація флегмони кисті.

4. Клініка, діагностика та хірургічне лікування різних форм панарицію.
5. Клініка, діагностика та хірургічне лікування флегмони кисті.

Короткий зміст заняття:

Складна анатомічна будова кисті, через наявність численних фіброзних перетинок, які поділяють жирову клітковину долоні на окремі канали, сприяє розповсюдженню гнійно-запального процесу в глибину: з поверхневих шарів у глибокі. Анатомічно долоня поділяється на 3 відділи: тенар, гіпотенар та серединний простір долоні. На поверхні долоні розрізняють зовнішнє та внутрішнє фасційні ложа. Із зовнішнього фаціального ложа гнійний процес може поширитися на передпліччя в простір Пирогова, а в дистальному напрямі по каналах червоподібних м'язів на тил кисті. При гнійному тендовагініті I та V пальців гній розповсюджується відповідно в променево та ліктьову синовіальні сумки, а далі – у простір Пирогова. Найгрізнішим ускладненням гнійних тендовагінітів є U-подібна флегмона. Гнійно-запальні захворювання пальців та кисті поділяються за анатомічним принципом: гнійні захворювання пальців (панариції) та гнійні захворювання кисті (флегмони). Для вибору адекватного лікування виділяють початкову (серозно-інфільтраційну) та гнійну (гнійно-некротичну) стадії розвитку захворювання. Клінічна картина гнійних захворювань кисті складається зі загальних та місцевих симптомів: набряку, гіперемії, болю, підвищення температури та порушення функції. Проте, запальні процеси пальців та кисті мають специфічні ознаки. Для лікування гнійних захворювань кисті застосовують хірургічне розкриття абсцесу або флегмони з санацією, дренажуванням та місцевим лікуванням. Антибактерійну терапію призначають після хірургічної санації гнійника, а також у фазі інфільтрації запального процесу.

Контрольні питання:

1. Анатомічна особливість підшкірної клітковини фаланг пальців.
2. Зовнішні орієнтири (умовні межі) зап'ястка, п'ястка та пальців кисті.
3. Фасційно-клітковинні простори долоні.
4. Які клітковинні простори локалізуються на тильній поверхні кисті ?
5. Розміщення простору Пирогова-Парона.
6. Анатомічні шляхи поширення гною з клітковинного простору долоні на передпліччя.
7. Клінічна картина флегмони ділянки тенара.
8. Методика і техніка знеболення при операціях на пальцях кисті за Лукашевичем-Оберстом та Брауном-Усольцевою.
9. Особливості операційної техніки при сухожилковому панариції.
10. Особливості операційної техніки при перехресній U-подібній флегмоні.
11. Ускладнення під час розкриття флегмони кисті.

Тема практичного заняття № 6. *Гнійні процеси в молочній залозі. Лактаційний мастит*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про лактаційний мастит і гнійні процеси в молочній залозі.

Практично орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати лактаційний мастит та гнійні процеси у молочній залозі.

Навчальні питання:

1. Етіологія, патогенез та патолого-анатомічна картина лактаційного та нелактаційного маститу.
2. Клінічні ознаки гнійного процесу в молочній залозі.
3. Особливості клінічного перебігу лактаційного маститу.
4. Діагностичний алгоритм при гнійному маститі.
5. Диференційна діагностика гнійних запалень молочної залози.
6. Лікування лактаційного маститу та гнійних захворювань молочної залози.

Короткий зміст заняття:

Серед усіх гострих маститів, 80-90% складають післяпологові мастити. У 90% пацієнтів збудником гнійного маститу є стафілокок, в інших пацієнтів – асоціації мікроорганізмів. Розвитку захворювання сприяють: лактостаз, наявність вхідних воріт для інфекції. Лактаційному маститу передують лактостаз. Якщо не вдається ліквідувати лактостаз за 3–4 дні, то при приєднанні інфекції виникає мастит. Основними клінічними ознаками гнійних захворювань молочної залози є біль, збільшення її розмірів, гіперемія, збільшення регіональних лімфатичних вузлів, підвищення температури тіла. Діагностичні заходи передбачають зовнішній огляд та пальпацію молочної залози, а також спеціальні методи дослідження – бактеріологічне дослідження виділень зі соска, мамографію, УСГ, КТ молочної залози. Диференційна діагностика при гнійних захворюваннях молочної залози проводиться зі запаленими атеромами, кістою Монтгомері, тромбофлебітом (хвороба Мондора), перихондритом, інтрамамарним лімфаденітом, мастоподібною формою раку. Лікування гнійних захворювань молочної залози включає антибактерійну терапію, корекцію метаболічних порушень, ліквідацію лактостазу, при тяжких формах – інгібітори секреції молока. Хірургічне втручання планується і залежить від клінічних виявів, результатів рентгенологічного та ультрасонографічного обстежень.

Контрольні питання :

1. Чинники виникнення і патогенез гнійного маститу.
2. Варіанти клінічного перебігу гнійного та лактаційного маститу.
3. Клінічні та інструментальні методи діагностики гнійних захворювань молочної залози.
4. Диференційна діагностика гнійних захворювань молочної залози.
5. Лікування гнійних захворювань молочної залози та лактаційного маститу.

6. Показання до хірургічного лікування гнійних захворювань молочної залози.

Тема практичного заняття №7. Дивертикули і дивертикуліти тонкої кишки. Клініка, діагностика та лікування

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про дивертикули і дивертикуліти тонкої кишки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних та параклінічних даних діагностувати та лікувати дивертикули і дивертикуліти тонкої кишки.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття дивертикула і дивертикуліту.
2. Види дивертикулів тонкої кишки.
3. Клінічні вияви дивертикулів.
4. Дивертикуліт: клініка, варіанти перебігу, ускладнення.
5. Методи діагностики дивертикулів тонкої кишки.
6. Лікування дивертикулів: консервативне і хірургічне.

Короткий зміст заняття:

Дивертикули тонкої кишки (ДТК) бувають природжені та набуті. До природжених відноситься дивертикул Меккеля, який є справжнім дивертикулом і розташовується на протибрижовому краї тонкої кишки (40-80 см від ілеоцекального клапана). На відміну від справжнього, набуті, або несправжні дивертикули мають підслизову та серозну оболонки і не мають м'язової. Клінічна діагностика дивертикулів залишається складною у зв'язку з відсутністю патогномонічних симптомів. Клінічною маніфестацією дивертикула може бути його ускладнення – запалення – дивертикуліт з перфорацією або кровотечею. До специфічних способів діагностики ДТК слід віднести дослідження пасажу барію по кишці (для дивертикулів дванадцятипалої кишки це контрастна релаксаційна дуоденографія), гастродуоденоскопію, а також ретельну інтраопераційну ревізію. Неускладнені поодинокі дивертикули потребують лише консервативного лікування. Великі неускладнені поодинокі дивертикули (включно з дивертикулом Меккеля), а також всі поодинокі або множинні дивертикули з наявністю клінічних симптомів потребують дивертикулектомії або резекції кишки.

Контрольні питання:

1. Природжені і набуті дивертикули тонкої кишки.
2. Клінічні ознаки дивертикуліту.
3. Ускладнення дивертикуліту.
4. Методи діагностики дивертикулів тонкої кишки.
5. Лікування асимптомних дивертикулів.

6. Хірургічне лікування дивертикулів тонкої кишки.

Тема практичного заняття №8. *Диференційна діагностика механічної жовтяниці*

Навчальна мета: відновити знання лікарів-інтернів про види жовтяниць та їх діагностичні критерії.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити диференційну діагностику жовтяниць.

Навчальні питання:

1. Види жовтяниць.
2. Причини виникнення механічної жовтяниці.
3. Клініко-лабораторні критерії механічної жовтяниці.
4. Інструментальні методи діагностики як важливий елемент у диференціації механічної жовтяниці.

Короткий зміст заняття:

Жовтяниця – найяскравіший вияв холестазу. У таких випадках її називають підпечінковою, обтураційною або механічною жовтяницею, відповідно до механізму її виникнення. Наявність жовтяниці зумовлена порушенням виведення білірубіну через жовчні протоки з його регургітацією, а також зниженням екскреції білірубіну з гепатоцитів. Патологічний процес локалізується поза печінкою в магістральних жовчних протоках. Механічна жовтяниця може бути зумовлена наступними чинниками: 1) закриттям (обтурацією) печінкової та загальної жовчної протоки зсередини жовчними каменями, гельмінтами та ін.; 2) стисканням загальної жовчної протоки ззовні (новоутвір, збільшений лімфатичний вузол), 3) звуженням (стриктурою) загальної жовчної протоки рубцями і зростами, накладанням на неї лігатури, кліпси (при операційному втручанні, після перенесеного запального процесу); При механічній жовтяниці підвищується, в основному, рівень зв'язаного (прямого) білірубіну і лише незначно підвищується рівень вільного. Механічну жовтяницю слід диференціювати в першу чергу із жовтяницею паренхімного походження, причинами якої можуть бути вірусний гепатит, цироз печінки, лептоспіроз. Важливими для диференційної діагностики, крім анамнезу та об'єктивного дослідження є показники лабораторного дослідження крові (визначення маркерів вірусного гепатиту, білірубіну та його фракцій, трансаміназ, зокрема, АЛАТ та АсАТ та їх співвідношення – індексу де Рітіса, лужної фосфатази, гамаглутамілтранспептидази) та інструментальних методів (ультрасонографії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, ЕРХПГ).

Контрольні питання:

1. Лабораторні маркери різних видів жовтяниці.

2. Ультрасонографічні ознаки механічної жовтяниці.
3. Техніка виконання черезшкірної черезпечінкової холангіографії.
4. Показання і протипоказання до проведення ЕРХПГ.
5. Синдром Міріцці – типи, причини, лікування.
6. Комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія у диференціації механічної жовтяниці: показання, технічні аспекти.
7. Роль лапароскопії у діагностиці механічної жовтяниці.

Тема практичного заняття №9: *Діагностика захворювань кровотворної системи, при яких необхідна спленектомія*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінікою та діагностикою захворювань, які потребують видалення селезінки.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати захворювання, які потребують видалення селезінки.

Навчальні питання:

1. Клініка та діагностика гемолітичної анемії та тромбоцитопенічної пурпури.
2. Клініка та діагностика гемоглобіно- та еритроцитопатії.
3. Класифікація, клініка, діагностика та лікування неходжкінської лімфоми.
4. Класифікація, клініка, діагностика та лікування хронічного лімфолейкозу та мієлолейкозу.
5. Клініка та діагностика апластичної анемії та мієлофіброзу.
6. Показання до спленектомії при вказаних захворюваннях.

Короткий зміст заняття:

При підозрі на гематологічне захворювання виконують загальний розгорнутий аналіз крові з формулою, визначають кількість ретикулоцитів, тромбоцитів та ШОЕ. Панцитопенія може свідчити про інфільтрацію кісткового мозку. При аналізі складу лейкоцитів можна виявити атипові лімфоцити (наслідок вірусної інфекції), бласти (лейкоз), нейтропенію або нейтрофіліоз (інфекція або лейкоз). При аналізі морфології еритроцитів, рівня гемоглобіну та ретикулоцитів трапляється анемія, патологія морфології еритроцитів, ретикулоцитоз (наслідок анемії) або наявність малярійних паразитів. При аналізі кількості тромбоцитів можна встановити тромбоцитопенію як наслідок зниження їх синтезу (при інфільтрації кісткового мозку), підвищеного руйнування (імунні захворювання, реакції на ліки або вірусні інфекції) або підвищеного депонування (гіперспленізм). Виконують біохімічний аналіз крові, визначають: білірубін (загальний та прямий), лужну та кислу фосфатази, ЛДГ, АлАТ, АсАТ, ревматоїдний фактор, антинуклеарні антитіла (скринінг СЧВ). Можна виявити таку патологію: гіпоальбумінемію, подовжений протромбіновий час, гіпербілірубінемію за рахунок непрямого/прямого білірубину (дисфункція печінки), ізольовану

гіпербілірубінемію за рахунок непрямого білірубіну (гемоліз), підвищений рівень АЛАТ, АсАТ (ушкодження печінки), підвищений рівень глютамілтрансферази та лужної фосфатази (біліарна обструкція). Візуалізаційні методи обстеження. В нормі верхньою границею розміру селезінки по краніокаудальній осі часто вважають 11–13 см. Проте, селезінка може мати різноманітну форму, нема кореляції між довжиною селезінки та її загальним об'ємом, на відміну від інших органів (наприклад, нирки). Комп'ютерна томографія (КТ) селезінки. У нормі щільність селезінки майже така сама, як щільність печінки і становить 40Н (генрі) при скануванні без контрастування і 25Н – при динамічному скануванні з контрастуванням. КТ – високоінформаційний метод обстеження для оцінки об'єму селезінки, виявлення абсцесів, кіст, інфаркту, пухлинного ураження, лімфовузлів у її воротах, периспленіту, додаткових селезінок. За результатами КТ складно диференціювати доброякісні та злоякісні пухлини селезінки. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) не має суттєвих переваг над КТ для оцінки розміру селезінки. За винятком зміни розмірів селезінки, у хворих на гематологічне захворювання на томограмах не знаходять інших змін органа (Stark D. D. et al., 1988). Спленопортографію використовують для визначення прохідності портальної вени та розподілу колатералей перед проведенням шунтування з приводу цирозу. Цей метод обстеження може допомогти встановити етіологію ідіопатичної спленомегалії, особливо у дітей. Ангіографія показана для диференційної діагностики кіст селезінки і пухлин. Радіоізотопна сцинтиграфія є високоінформаційним неінвазійним методом визначення розміру та функції селезінки, виявлення патологічних утворів її тканини, додаткової селезінки. Метод базується на депонуванні в селезінці еритроцитів, мічених Cr51, Hg197, Rb81, Tc99m. Виявлено тісну кореляцію між довжиною селезінки на сцинтиграмах та її вагою, виміряною після спленектомії.

Контрольні запитання:

1. Зміни загального аналізу крові при гематологічних захворюваннях.
2. Стернальна пункція.
3. Значення біохімічного аналізу крові для встановлення діагнозу.
4. Променево-візуальні методи обстеження при гіперспленізмі.

Тема практичного заняття № 10. **Діагностика та лікування гнійників черевної порожнини**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про діагностику та лікування гнійників черевної порожнини.

Практично орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати гнійники черевної порожнини.

Навчальні питання:

1. Етіологія, патогенез гнійників черевної порожнини.
2. Класифікація та клінічні ознаки абсцесів черевної порожнини.
3. Діагностичний алгоритм при підозрі на гнійник черевної порожнини.
4. Диференційна діагностика гнійників живота.
5. Лікувальна тактика при гнійниках черевної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Гнійники черевної порожнини (простору Дугласа, міжкишкові, підпечінкові, піддіафрагмальні, периапендикулярні) є результатом дифузної форми перитоніту. Абсцеси, найчастіше, є полімікробними, часто спостерігають поєднання мікробних асоціацій (кишкова паличка, стрептококи, протей) і анаеробів. Серед симптомів захворювання найвагомішими є підвищення температури тіла інтермітуючого або гектичного характеру, біль в животі, тахікардія, лейкоцитоз, зсув формули вліво. Основними методами діагностики внутрішньочеревних гнійників є рентгенологічні методи дослідження (оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, пасаж барію по шлунково-кишковому тракту, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини). Вагомим також є УСГ органів черевної порожнини. При ствердженні абсцесу черевної порожнини показане хірургічне втручання. Вибір хірургічного доступу залежить від кількості та локалізації гнійників. У післяопераційному періоді хворим призначають курс антибактерійної, інфузійної та дезінтоксикаційної терапії.

Контрольні питання :

1. Чинники виникнення та патогенез гнійників черевної порожнини.
2. Класифікація гнійників черевної порожнини.
3. Клінічні ознаки абсцесів черевної порожнини.
4. Методи діагностики внутрішньочеревних абсцесів.
5. Ускладнення гнійників черевної порожнини.
6. Особливості хірургічних доступів при внутрішньочеревних абсцесах.

Тема практичного заняття №11. Діагностика і хірургічна тактика при ушкодженнях жовчних шляхів. Відновні та реконструкційні операції

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про діагностику і хірургічну тактику при ушкодженнях жовчних шляхів, відновні та реконструкційні операції при таких ускладненнях.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити діагностику та обирати адекватну хірургічну тактику при ушкодженнях жовчних шляхів, ознайомити з відновними та реконструкційними операціями при таких ускладненнях.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепато-біліарної зони.
2. Види ушкоджень жовчних шляхів.
3. Методи діагностики ушкоджень жовчних шляхів.
4. Відновні та реконструкційні операції при ушкодженнях жовчних шляхів.

Короткий зміст заняття:

Ушкодження жовчного міхура та жовчних протоків можуть виникнути при травмі черевної порожнини. Проте, на сьогодні, основною причиною ушкодження позапечінкових жовчних шляхів є їх травмування під час операційних втручань (особливо – лапароскопічних). При складній анатомії трикутника Кало можливі випадкове пересічення, накладання кліпси, електрокоагуляційне травмування жовчних шляхів. У залежності від рівня Н. Bismuth виділив наступні типи ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів: 0 – на рівні загальної жовчної протоки, I – низьке (збережено більше, ніж 2 см загальної жовчної протоки); II – середнє (збережено менше, ніж 2 см загальної жовчної протоки); III – високе (із збереженням розгалуження (каріни) протоків); IV – високе (із ушкодженням каріни), V – ушкодження правої печінкової протоки. Порушення герметичності цих структур буде мати клінічну картину перитоніту, при комбінації з розривом печінки – гемодинамічні порушення. Основну роль у діагностиці ушкоджень жовчних шляхів мають променеві методи дослідження та лапароскопія. Хірургічне лікування залежить від обсягу та висоти ушкодження і покликане відновити прохідність жовчних шляхів. В якості каркасу для ушивання дефекту протоки та з метою моніторингу післяопераційного періоду виконують холедохостомію із використанням різних зовнішніх дренажів. При повному розриві або пересіченні холедоха виконують накладання білідигестивного анатомозу на виключеній за Roux петлі тонкої кишки.

Контрольні питання:

1. Етіологія ушкоджень жовчних шляхів.
2. Класифікація ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів за Н. Bismuth, Э.И. Гальпириним.
3. Варіанти „великих” ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів при ЛХЕ за И.В. Федоровым.
4. Поняття „небезпечна анатомія” та „небезпечна хірургія”.
5. Методи діагностики ушкоджень жовчних шляхів.
6. Типи відновних та реконструкційних операцій в залежності від характеру ушкодження жовчних шляхів.

Тема практичного заняття №12. *Діагностика ушкоджень жовчних шляхів в найближчому та віддаленому післяопераційному періодах. Тактика хірурга. Вибір методу операції*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про діагностику ушкоджень жовчних шляхів в найближчому та віддаленому післяопераційному періодах, формування тактики хірурга, а саме щодо операційного лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати ушкодження жовчних шляхів в найближчому та віддаленому післяопераційному періодах, обирати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепато-біліарної зони.
2. Види ушкоджень жовчних шляхів у найближчому післяопераційному періоді.
3. Види ушкоджень жовчних шляхів у віддаленому післяопераційному періоді.
4. Тактика хірурга при виявленні ушкоджень жовчних шляхів.
5. Вибір методу операції при ушкодженнях жовчних шляхів.

Короткий зміст заняття:

Поява симптомів ушкодження жовчних шляхів залежить від розміру та механізму їх нанесення, а також стану компенсаційних можливостей організму. У ранньому післяопераційному періоді виявляють ушкодження технічного характеру – в більшості випадків це дефекти протоків внаслідок їх краєвої травматизації ріжучим інструментом, надмірної тракції за лігатури, не діагностовані перфорації після ревізії протоків (як ендоскопічної, так й інтраопераційної). Такі ушкодження маніфестують себе клінікою перитоніту та потребують повторного операційного втручання з метою санації черевної порожнини та відновлення герметичності біліарного дерева (ушивання дефекту протоки, холедохостомія, дронування підпечінкового простору, за показаннями – накладання білідигестивного анастомозу, стентування холедоха). У віддаленому післяопераційному періоді виявляють себе ушкодження жовчних шляхів, які не діагностували з причини їх незначних розмірів. Клініка таких ушкоджень може виявлятися симптомами рубцевого стенозу та холангіту. Після стабілізації стану хворого в залежності від висоти та ступеня рубцевих змін протоків виконують ендоскопічну балонну дилатацію стенозу або стентування протоків. При вираженому стенозі та неможливості ліквідувати його ендоскопічним методом, накладають білідигестивний анастомоз на виключеній за Roux петлі тонкої кишки.

Контрольні питання:

1. Етіологія ушкоджень жовчних шляхів

2. Причини розвитку ушкоджень жовчних шляхів у найближчому післяопераційному періоді
3. Причини розвитку ушкоджень жовчних шляхів у віддаленому післяопераційному періоді
4. Критерії вибору тактики лікування ушкоджень жовчних шляхів.

Тема практичного заняття №13. *Доброякісні пухлини ободової і прямої кишок*

Навчальна мета: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про доброякісні пухлини ободової і прямої кишок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати доброякісні пухлини ободової і прямої кишок та визначати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Поліпи товстої і прямої кишок.
2. Класифікація поліпів товстої кишки.
3. Клінічна картина поліпів товстої кишки.
4. Діагностика та лікувальна тактика при поліпозі.

Короткий зміст заняття:

Поліпи належать до доброякісних новоутворів товстої та прямої кишок. Їх виявляють у 10–12% проктологічних хворих, чоловіки хворіють у 2–3 рази частіше, ніж жінки. Поліпи походять із епітеліальної тканини, тому є схильні до малігнізації. За будовою поліпи мають ніжку і звисають у просвіт кишки, рідше розташовані на широкій основі, можуть бути поодинокими і множинними. Зазвичай їх діаметр становить 0,5–2 см, але зрідка вони сягають 3–5 см і більше. Виділяють ювенільні, гіперпластичні, аденоматозні (залозисті), ворсинчасті пухлини, а також множинний поліпоз товстої кишки (первинний і вторинний). Майже у всіх хворих із поліпами товстої кишки основною скаргою є кишкова кровотеча. До інших симптомів захворювання відносять біль у животі, закреп, пронос, кишковий дискомфорт. При поодиноких поліпах симптоми іноді відсутні, деколи хворого турбує виділення крові і слизу з прямої кишки. Для виявлення поліпів виконують пальцьове дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, фіброколоноскопію із біопсією для визначення гістологічної будови пухлини. Множинний поліпоз товстої кишки буває природженим, сімейним і вторинним. Частота малігнізації при поліпозі сягає 70–100%, тобто він є облігатним передраком. Природжений сімейний поліпоз є спадковим і передається кільком членам сім'ї. Захворювання зазвичай виявляють у дітей і людей молодого віку. Поліпи можуть локалізуватися на всьому протязі шлунково-кишкового тракту. Частота малігнізації наближається до 100%. Поєднання множинного поліпозу товстої кишки з доброякісними пухлинами м'яких тканин і кісток називають синдромом Гарднера. Поєднання

поліпозу травного тракту з пігментними плямами на слизовій оболонці щік, навколо рота і на шкірі долонь називають синдромом Пейтца-Егерса-Турена. Для множинного поліпозу товстої кишки характерний біль в животі без чіткої локалізації, пронос, виділення крові і слизу з калом, схуднення, анемія. Діагностику захворювання проводять на підставі клінічних симптомів і анамнезу. Високоінформаційним є інструментальне дослідження: колоноскопія з біопсією. Вибір методу лікування поліпів і множинного поліпозу товстої кишки повинен бути індивідуальним. Поодинокі поліпи із добре вираженою ніжкою за відсутності малігнізації видаляють електрокоагуляцією через сигмо- або колоноскоп. При малігнізації ворсинчастої пухлини виконують радикальну операцію, обсяг якої визначається локалізацією пухлини (правобічна або лівобічна геміколектомія, резекція сигмоподібної ободової кишки). При природженому сімейному поліпозі товстої кишки виконують субтотальну колектомію з накладанням ілеоректального або ілеосигмоподібного анастомозу.

Контрольні питання:

1. Поліпи товстої кишки, клінічна та патоморфологічна класифікація.
2. Ювенільні поліпи товстої кишки, клініка, діагностика, лікування.
3. Гіперпластичні поліпи товстої кишки, клініка, діагностика, лікування.
4. Аденоматозні поліпи товстої кишки, клініка, діагностика, лікування.
5. Ворсинчасті пухлини товстої кишки, клініка, діагностика, лікування.
6. Синдром Гарднера, клініка, діагностика, лікування.
7. Синдром Пейтца-Егерса-Турена, клініка, діагностика, лікування.

Тема практичного заняття №14. *Доброякісні пухлини шлунка*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з морфологічними типами доброякісних новоутворів шлунка, їх клінічно-діагностичними особливостями.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних та інструментальних даних діагностувати доброякісні пухлини шлунка, проводити їх хірургічне лікування.

Навчальні питання:

1. Доброякісні пухлини шлунка: епідеміологія, гістологічний поділ.
2. Поліпи шлунка: клініка, діагностика, лікування.
3. Неепітелійні пухлини: клініка, діагностика, методи лікування.

Короткий зміст заняття:

Доброякісні пухлини шлунка поділяють на епітелійні та неепітелійні. До першого типу належать поліпи, папіломи та аденоми (5–10% усіх пухлин шлунка). Вони найчастіше зустрічаються в пілоричному відділі, рідше – у тілі та проксимальній частині шлунка. Основний метод діагностики – гастроскопія з

прицільною біопсією. Більшість доброякісних епітелійних пухлин видаляють малоінвазійним методом. Гастроінтестинальні стромальні пухлини (ГІСП) є найрозповсюдженішими серед неепітелійних пухлин травного каналу і складають близько 1% усіх злоякісних пухлин цієї локалізації. Ці новоутвори зустрічаються у шлунку приблизно у 60% пацієнтів. Доведено, що ГІСП є найчастішим різновидом мезенхімних пухлин травного каналу. Найчастіше зустрічаються веретеноподібний (62%), епітеліоїдний (17%) та мішаний (21%) гістологічні варіанти ГІСП, але всі вони вважаються потенційно злоякісними. Донедавна основним методом діагностики ГІСП була ендоскопія, на якій, переважно випадково, виявляли підслизові утвори різної форми, розмірів, локалізації, які часто ускладнювалися шлунково-кишковими кровотечами при їх ерозуванні, а також виразкуванні або анемією – однією із прогностично несприятливих факторів. Звичайна біопсія при цьому є малоінформаційною. Ендосонографія 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 м'язового шару стінки порожнистого органа. Виконують ендосонографічну прицільну тонкоголкову або стовпчикову біопсію, зокрема для імуногістохімічного дослідження. Її поєднання із ендосонографічними стигматами ГІСП вважається найточнішим методом діагностики цих підслизових пухлин. В диференційно-діагностичному ряді з ГІСП є мезенхімні пухлини та інші новоутвори, вкриті незміненою слизовою (найчастіше справжні м'язові, ліпоми, шванноми, нейроендокринні пухлини). Незалежно від локалізації, більшість ГІСП є чутливі до інгібіторів тироксикази ("Глівек®"). Основним методом лікування ГІСП дотепер залишається хірургічний, який можна виконувати конвенційним, лапароскопічним або інтралюмінальним методами. Вважається, що лапароскопічно доцільно резектувати невеликі (до 3 см) пухлини, а при більших розмірах методом вибору повинна бути лапаротомна розширена резекція або екстирпація органа із оточуючими тканинами або органами при їх пухлинній інвазії. Питання дискутується дотепер, адже багато дослідників вказує на хороші віддалені результати та онкологічну безпечність при видаленні навіть великих пухлин лапароскопічним методом. Швидкий розвиток гнучкої ендоскопії дозволяє виконувати підслизові дисекції при невеликих ГІСП з низьким ступенем злоякісності і без інвазії у м'язовий шар стінки порожнистого органа.

Контрольні питання:

1. Морфологічна будова поліпів шлунка.
2. Інструментальна діагностика поліпів.
3. Диференційна діагностика доброякісних пухлин шлунка.
4. Ознаки малігнізації поліпа.
5. Малоінвазійні методи лікування поліпів шлунка.
6. Гастроінтестинальні стромальні пухлини, клініка, діагностика, лікування.
7. Види хірургічних втручань при доброякісних пухлинах шлунка.

Тема практичного заняття № 15. *Доступи і дренивання міжпетлевих гнійників*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про раціональні доступи і способи ефективного дренивання міжпетлевих гнійників.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати внутрішньочеревні абсцеси.

Навчальні питання:

1. Сучасні методи діагностики внутрішньочеревних абсцесів.
2. Класифікація внутрішньочеревних абсцесів.
3. Раціональне дренивання міжпетлевих абсцесів.
4. Хірургічне лікування внутрішньочеревних абсцесів.

Короткий зміст заняття:

Діагностування внутрішньочеревних абсцесів починається зі старанного збору скарг, анамнезу та фізикальних методів обстеження. Але остаточний діагноз і лікування залежить від результатів візуально-променевих методів обстеження. Їх є декілька: УСГ, КТ та МРТ, які дозволяють не тільки встановити точну локалізацію абсцесу, але й визначити його розмір та структуру. Обидва методи дають можливість точно дренивати гнійник через шкіру. Класифікація внутрішньочеревних абсцесів: а) первинні або вторинні; б) спонтанні або післяопераційні; в) внутрішньочеревні або позаочеревинні; г) прості і складні; д) за анатомічною локалізацією. Усі міжпетлеві абсцеси черевної порожнини слід дренивати. Коли зберігається джерело інфекції, важливо доповнити лікування антибіотиками. При підозрі на міжпетлевий абсцес виникає декілька запитань: 1) абсцес чи скупчення стерильної рідини? 2) яким методом дренивати міжпетлевий абсцес: пункцією через шкіру чи шляхом відкритого операційного втручання? Якщо є можливість дренивати абсцес пункцією через шкіру, то його слід дренивати саме таким чином. Якщо це складний багатокамерний абсцес, то його слід лікувати шляхом відкритого хірургічного втручання. Черешкірне дренивання можна виконувати через передню черевну стінку або заочеревинно. Заочеревинний доступ слід застосовувати в усіх випадках, де для цього є анатомічна можливість.

Складні абсцеси, багатокамерні, внаслідок кишкових норичь слід лікувати операційно, хоча обидва методи можуть доповнювати один одного: спочатку пункційне дренивання, а після покращення стану пацієнта – операційне розкриття гнійника.

Контрольні питання:

1. Диференційна діагностика скупчення стерильної рідини і абсцесу.
2. Показання до черешкірного дренивання міжпетлевих гнійників.
3. Показання до операційного дренивання міжпетлевих гнійників.

4. Діаметр дренажної трубки для черезшкірного дренивання черевної порожнини.
5. Тривалість дренивання простих міжпетлевих абсцесів.
6. Критерії вибору методу дренивання міжпетлевих гнійників.

Тема практичного заняття №16. *Дренивання гнійників дугласового простору*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про адекватне дренивання гнійників дугласового простору.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати абсцеси дугласового простору.

Навчальні питання:

1. Діагностика абсцесів дугласового простору.
2. Лікування абсцесів дугласового простору.
3. Критерії призначення антибіотиків.
4. Різниця у дрениванні абсцесів дугласового простору у чоловіків і жінок.

Короткий зміст заняття:

Діагностика абсцесів дугласового простору базується на загальних та місцевих симптомах запалення, а також на допоміжних променево-візуальних методах обстеження. Загальні симптоми – блідість шкіри патологічні рум'яна, підвищення температури тіла, порушення функції кишок. Місцеві симптоми: дефанс зліва над лоном або інфільтрат. При пальцьовому дослідженні прямої кишки – нависання і розм'якшення передньої стінки прямої кишки, нависання та болючість переднього склепіння матки. УСГ та КТ (МРТ) допомагають визначити розміри гнійника, його точну локалізацію і оптимальний спосіб його дренивання. Якщо у хворого тривалий час був дренаж порожнини малого тазу, можна спробувати через контрапертуру в правій здухвинній ділянці дренивати дугласовий простір. При точно встановленому діагнозі абсцесу дугласового простору хворому показано негайне операційне лікування під загальним знеболенням. Дренивання слід виконати з найменшим травмуванням тканин і найкоротшим шляхом (через пряму кишку, передне склепіння піхви або іншим шляхом). Антибактерійну терапію слід почати відразу після встановлення діагнозу абсцесу. При абсцесах дугласового простору у чоловіків найбільш раціонально дренивати його через пряму кишку, а в жінок – через передне склепіння піхви.

Контрольні запитання:

1. Які гінекологічні захворювання можуть ускладнюватися утворенням абсцесів дугласового простору ?
2. Критерії встановлення діагнозу абсцесу дугласового простору.
3. Тактика антибактерійної терапії.

4. Діаметр дренажної трубки для дренивання абсцесу дугласового простору.
5. Тривалість дренивання абсцесу дугласового простору.
6. Критерії вибору методу дренивання абсцесів дугласового простору.
7. Тривалість антибактерійної терапії в післяопераційному періоді.

Тема практичного заняття №17. *Дренивання гнійників піддіафрагмального простору*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання принципів (основ) операційного лікування підпечінкових абсцесів.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати абсцеси піддіафрагмального простору.

Навчальні питання:

1. Топографічна анатомія піддіафрагмального простору.
2. Анатомічна класифікація піддіафрагмальних абсцесів.
3. Методи розкриття піддіафрагмальних абсцесів справа.
4. Методи розкриття піддіафрагмальних абсцесів зліва.

Короткий зміст заняття: Вибір хірургічного доступу до піддіафрагмальних абсцесів проводять із врахуванням топографії діафрагми, плеври, легень та нирки. Правосторонні піддіафрагмальні абсцеси виникають в 6-7 разів частіше ніж лівосторонні, при тому, що половина з них мають передньо-верхню локалізацію. Піддіафрагмальний абсцес дрениують найкоротшим шляхом, екстраплеврально або екстраперитонеально, забезпечуючи адекватні умови для дренивання. Вибір доступу до піддіафрагмального абсцесу визначається його локалізацією, при цьому необхідно враховувати наступні умови для дренивання: розріз слід виконувати по нижньому полюсі абсцесу. Передні доступи, особливо при великих розмірах гнійників, не забезпечують адекватного дренивання, тому їх доповнюють додатковим дрениванням – контрапертурою. Позаплевральні доступи зручні для підходу до піддіафрагмальних абсцесів будь-якої локалізації, окрім розташованих низько. Ці абсцеси доцільно розкривати заочеревинно через розріз черевної стінки.

Контрольні питання:

1. Типові локалізації піддіафрагмальних абсцесів.
2. Ускладнення піддіафрагмальних абсцесів.
3. Рентгенологічні ознаки піддіафрагмального абсцесу.
4. Класичні доступи для розкриття піддіафрагмальних абсцесів.
5. Особливість техніки універсального доступу (за Мельниковим) для дренивання піддіафрагмальних гнійників.

Тема практичного заняття №18. *Дренування підпечінкових гнійників*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання основних принципів операційного лікування підпечінкових абсцесів.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати підпечінкові абсцеси, застосовувати малоінвазійне або відкрите дренування для їх лікування.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогенез підпечінкових абсцесів.
2. Малоінвазійний метод дренування підпечінкових абсцесів під контролем ультрасонографії (УСГ), комп'ютерної томографії (КТ).
3. Відкрите дренування під печінкових абсцесів.

Короткий зміст заняття:

Підпечінкові абсцеси можуть утворюватися як наслідок гострого холециститу, ускладненого паравезикальним абсцесом, а також при лікуванні деструктивного холециститу, розповсюдженого перитоніту. Нерідко вони є наслідком операцій на органах черевної порожнини або гострих хірургічних захворювань органів живота. Методом лікування підпечінкового абсцесу є його дренування. Застосовують два види операційних втручань: малоінвазійне дренування, яке виконують під контролем УСГ або класичне (відкрите) дренування шляхом лапаротомії. Для першого методу лікування проводять черезшкірну пункцію абсцесу, після чого аспірують гній і в порожнину гнійника вводять спеціальний дренаж, через який систематично промивають гнійну порожнину антисептиками та вводять місцево антибактерійні препарати. Таке втручання є малотравматичним та набагато легше переноситься пацієнтом, ніж відкрите операційне. У випадку, коли такий метод застосувати неможливо, порожнину абсцесу дренують хірургічним методом. Розріз на черевній стінці проводять переважно під реберною дугою, доступ до порожнини гнійника повинен бути найкоротшим. Після випорожнення абсцесу в його порожнину вводять силіконові дренажні трубки для промивання. Якщо причиною абсцесу є деструкція органа черевної порожнини (жовчний міхур, апендикулярний відросток тощо), його слід видалити після випорожнення гнійника.

Контрольні питання:

1. Причини утворення підпечінкових абсцесів.
2. Найбільш інформаційні методи діагностики підпечінкових гнійників.
3. Які підпечінкові абсцеси доцільно дренувати шляхом черезшкірної пункції під контролем УСГ ?
4. Особливості техніки відкритого дренування підпечінкового абсцесу.

Тема практичного заняття №19: *Дренування плевральної порожнини після операцій на органах грудної клітки*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів знання про показання та протипоказання до дренування плевральної порожнини після операцій на органах грудної клітки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до дренування плевральної порожнини і техніку її виконання після операцій на органах грудної клітки.

Навчальні питання:

1. Техніка дренування плевральної порожнини.
2. Показання до дренування плевральної порожнини після операцій на органах грудної клітки.
3. Протипоказання до дренування плевральної порожнини після операцій на органах грудної клітки.
4. Тривалість дренування плевральної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Дренування плевральної порожнини виконують при гнійному плевриті, емпіємі плеври, „старому” гемотораксі, ускладненій травмі грудної клітки або органів середостіння, після торакальних операцій з приводу специфічних та онкологічних захворювань легень та плеври. Дренування плевральної порожнини найчастіше виконують у V-VI міжреберному проміжку по середньо-пахвовій лінії або в II міжреберному проміжку по середньо-ключичній лінії. Дренаж (силіконову трубку) вводять в плевральну порожнину за допомогою троакара під контролем пальця. Застосування троакара забезпечує триваліше збереження герметичності плевральної порожнини, проте, при наявності плевральних шварт, доцільніше виконувати дренування під контролем пальця. Діаметр дренажу не повинен перевищувати внутрішнього діаметра троакара. Проводять горизонтальний розріз шкіри довжиною приблизно 1,5 см, примірюють довжину тієї частини трубки, яка буде введена в плевральну порожнину. Троакаром створюють канал над верхнім краєм ребра, після проникнення в плевральну порожнину стилет видаляють і вводять дренажну трубку, дистальний кінець якої перетиснутий затискачем та під'єднують систему активної аспірації або клапан за Бюлау. Дренаж фіксують до шкіри, виконують герметизацію П-подібним швом, кінці нитки зав'язують бантиком.

Контрольні питання:

1. Ускладнення при виконанні дренування плевральної порожнини.
2. Показання до активної аспірації.
3. Показання до пасивного дренування за Бюлау.

4. Рентген-контроль ефективності дренування плевральної порожнини.

Тема практичного заняття №20. *Загоєння рани: первинне, вторинне. Ускладнення*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про процеси загоєння рани.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних та мікробіологічних даних оцінювати види загоєння рани.

Навчальні питання:

1. Відмінності загоєння рани первинним і вторинним натягом.
2. Особливості загоєння рани під струпом.
3. Класифікація ран за ступенем їх забруднення.
4. Найчастіші ускладнення процесу загоєння рани.
5. Профілактика ускладнень загоєння рани.

Короткий зміст заняття:

Загоєння рани первинним натягом відбувається за умови тісного змикання її рівних малоушкоджених країв, відсутності значної кількості мікробів у ній, сторонніх тіл, згустків крові (гематоми), кровотечі, яка триває. Вторинним натягом загоюються всі, незалежно від походження, зяючі рани. Це, насамперед, рани з великою кількістю в них мікрофлори та некротичних тканин, сторонніми тілами, гематомами тощо. Крім загоєння первинним та вторинним натягом, виділяють ще загоєння рани під струпом. Це різновид вторинного загоєння поверхневої рани шкіри зі значним дефектом її елементів, який не супроводжується розвитком гнійного запалення завдяки утворенню на поверхні рани біологічної пов'язки – плівки зі згустків крові, некротизованих клітин та фібрину, які швидко перетворюються на суху масу – струп. Сторонні тіла в рані, в тому числі шви з матеріалу, що не розсмоктується (шовк, льняні, синтетичні нитки – капрон, нейлон, дакрон тощо), часто призводять до затримки загоєння рани через утворення гнійних нориць внаслідок контамінації сторонніх тіл мікрофлорою (імплантаційна інфекція). Інфікуванню рани сприяє капілярність швів, яка особливо притаманна ниткам органічного походження (шовк, бавовна та льон).

Контрольні питання:

1. Морфологія процесу загоєння рани.
2. Чинники, які впливають на загоєння рани.
3. Необхідні умови для загоєння рани первинним натягом.
4. Умови загоєння рани вторинним натягом
5. Причини інфікування післяопераційної рани.

Тема практичного заняття №21. Заочеревинний простір. Шляхи розповсюдження запальних процесів. Доступи до органів та дренивання заочеревинного простору

Навчальна мета заняття: поглибити знання лікарів-інтернів з топографічної анатомії заочеревинного простору, з основних хірургічних доступів до органів заочеревинного простору та способів дренивання гнійно-запальних процесів цієї зони.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати гнійно-запальні процеси заочеревинного простору.

Навчальні питання:

1. Топографічна анатомія заочеревинного простору.
2. Причини інфікування паранефральної клітковини та шляхи розповсюдження гною з паранефрону.
3. Причини інфікування параколярної клітковини та шляхи розповсюдження гною з параколону.
4. Шлях поширення гною через здухвинну ямку: флегмони здухвинної ямки, гнійний ілеопсоїт.
5. Методи розкриття заочеревинних флегмон: гнійного паранефриту, гнійного параколіту, абсцесу трикутника Пті.
6. Методи розкриття флегмон та абсцесів здухвинної ямки, гнійного псоїту.

Короткий зміст заняття:

У заочеревинному просторі розрізняють серединний відділ (середостіння живота) та два бокових, розташованих по боках від хребта. Умовно заочеревинний простір поділяють на три поверхи: піддіафрагмальний, поперековий та заочеревинний простір великого тазу. В серединному відділі розташовані аорта, нижня порожниста вена, лімфатичні вузли, частина тіла підшлункової залози та горизонтальна частина дванадцятипалої кишки. Клітковина, яка виповнює простір у верхньому відділі переходить у клітковину середостіння, спереду – в клітковину брижі кишки, внизу – в параректальну клітковину. При локалізації гнійно-запального процесу поблизу діафрагми або в нижньому відділі біля входу в малий таз, він може розповсюджуватися на сусідні ділянки: в середостіння, малий таз. Через попереково-реберний трикутник інфекція може переміщуватися із заочеревинного простору в грудну порожнину та навпаки. Передня та задньониркова фасції утворюють паранефрон. Внизу паранефрон продовжується в клітковину малого тазу. Верхній відділ паранефрона прилягає до діафрагми, де через попереково-реберний трикутник запалення може поширитися в грудну клітку. Інфікування параколон найчастіше відбувається при запаленні ретроперитонеально розташованого апендикулярного відростка, перфорації виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, перфорації виразки або пухлини ретроперитонеальної частини ободової кишки, при гнійному панкреатиті. Гнійні запливи в параколон

розповсюджуються справа до печінкового вигину висхідної ободової кишки, внизу – до сліпої кишки, з середини – до середостіння живота. Зліва гній може розповсюджуватися догори, до селезінкового кута товстої кишки та підшлункової залози, внизу – до навколопрямокишкової клітковини. При виникненні остеомієліту, туберкульозу хребців поперекового відділу, гнійники можуть опускатися по фаціальному клубово-поперековому м'язу в здухвинну ямку і через *lacuna musculorum* на стегно. У випадках точного топічного діагнозу при поперековій заочеревинній флегмоні використовують доступ Симона. Гнійні паранефрити розкривають із задньолатерального чи задньомедіального доступу. При флегмонах в ділянці параколон використовують передньолатеральний доступ. При відсутності чіткого топічного діагнозу поперекової заочеревинної флегмони, застосовують універсальні косі поперекові доступи Пирогова, Шевкуненко, Ізраеля.

Контрольні питання:

1. Анатомічні відділи заочеревинного простору
2. Які фасції обмежують паранефрон
3. Причини виникнення гнійного паранефриту
4. Причини виникнення гнійного параколіту
5. Шляхи розповсюдження гною при деструктивному панкреатиті
6. Шляхи розповсюдження гною з заочеревинного простору на стегно
7. Доступи, які використовують при розкритті гнійного паранефриту
8. Причини виникнення абсцесу трикутника Пті.

Тема практичного заняття №22. *Карбункул, фурункул і фурункульоз, гідраденіт*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінічними особливостями найчастіших проявів гнійного ураження шкіри та підшкірної клітковини.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати, визначати тактику лікування, розкривати та дрениувати гнійні вогнища.

Навчальні питання:

1. Етіологічні чинники виникнення гнійної інфекції у підшкірній клітковині.
2. Клініка, діагностика, лікування фурункула.
3. Клініка, діагностика, лікування карбункула.
4. Клініка, діагностика, лікування гідраденіту.
5. Фурункульоз: визначення, етіологія, клініка, лікування.

Короткий зміст заняття:

Фурункул – гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула та навколишніх тканин. Найчастіше спричиняється *Staphylococcus aureus*.

Фурункульоз – множинне ураження фурункулами. Фурункули не розвиваються на шкірі, позбавленій волосяного покриву. Лікування місцеве та загальне. У рідких випадках при утворенні гнійника та неефективності терапевтичних заходів – його розкриття. Карбункул – гостре гнійно-некротичне запалення декількох сусідніх волосяних фолікулів та сальних залоз з утворенням загального некрозу шкіри та підшкірної клітковини. Найчастіше бувають поодинокими, переважно виникають на задній поверхні шиї, міжлопатковому просторі, попереку, сідницях. Лікування розпочинають відразу з поєднання загальної (антибіотики) та місцевої терапії. При неефективності консервативного лікування впродовж 2-3 днів – операція. Карбункул розсікають переважно хрестоподібно та видаляють нежиттєздатні тканини. Гідраденіт – гнійне запалення потових залоз переважно в аксиллярній ділянці. Процес має підгострий, нерідко рецидивуючий, характер. Лікування місцеве та загальне. У випадку утворення гнійника – його операційне розкриття.

Контрольні питання:

1. Принципи медикаментного лікування гнійних захворювань підшкірної клітковини.
2. Клініка фурункула.
3. Клінічна картина карбункула.
4. Клінічна картина гідраденіту.
5. Хірургічне лікування карбункула.
6. Фізіотерапевтичні методи у лікуванні гнійних процесів.
7. Методи профілактики гнійно-некротичних процесів шкіри та підшкірної клітковини.

Практичне заняття № 23. *Кісти і полікістоз легень*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями клінічного перебігу, діагностичними та лікувальними заходами при кістах та полікістозі легень.

Професійно-орієнтовна мета: ознайомити лікарів-інтернів з тактичними та практичними особливостями ведення хворих з даною патологією та видами операційних втручань.

Навчальні питання:

1. Класифікація захворювання.
2. Клінічні прояви кіст легень.
3. Діагностичні методи обстеження.
4. Лікувальна програма.

Короткий зміст заняття:

Кістозні ураження легень – це група захворювань, для яких є характерним утворення в легенях тонкостінних порожнин частково або повністю заповнених рідиною або повітрям. У залежності від походження, кісти бувають природжені, які виникають внаслідок порушення процесів формування легень в ембріональному періоді (полікістоз, внутрішньочасткова секвестрація, додаткова кістозна легеня) і набуті – внаслідок перенесених захворювань (туберкульозна каверна, бульозна емфізема, абсцес легені). Для клінічної картини характерні біль у грудях, кашель, задишка, дисфагія, що проявляються, в основному, при розвитку ускладнень: нагноєння, прорив кісти, малігнізація. У діагностиці захворювання важливе значення мають рентгенографія, комп'ютерна томографія, бронхографія, ангіопульмонографія. Лікування операційне: енуклеація кісти, резекція легені, пункція та дренивання кісти. Показанням до операційного втручання є нагноєння кісти, легенева кровотеча, напружений пневмоторакс, медіастинальна емфізема, полікістоз легені.

Контрольні питання:

1. Ускладнення, спричинені кістами легень.
2. Картина оглядової рентгенографії ОГК при кістах легень.
3. Показання до пункції та дренивання кісти легень.
4. Техніка виконання енуклеації кісти легень.
5. Резекційні методи операційних втручань при полікістозі легень.
6. Показання до невідкладного операційного втручання.
7. Техніка виконання пункції та дренивання кісти легені.
8. Основні види операційних доступів.

Тема практичного заняття № 23. *Клініка абсцесів і гангрен легені. Диференційна діагностика з туберкульозом, раком, актиномікозом, кістами, що нагноїлися*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінічним перебігом абсцесів та гангрен легені, можливими ускладненнями, основними методами консервативного та хірургічного лікування.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати абсцеси і гангрену легень, визначати показання до того чи іншого операційного втручання.

Навчальні питання:

1. Етіологія і патогенез абсцесу і гангрен легень.
2. Класифікація абсцесів легень.
3. Клінічна картина абсцесу легені.
4. Лікування абсцесу легені.
5. Варіанти клінічного перебігу гангрен легені.

6. Лікування гангрені легені.

Короткий зміст заняття:

Абсцес легені – це гнійний розпад некротизованих ділянок одного сегмента легеневої тканини з формуванням однієї або кількох порожнин, заповнених гноем, відмежованих від оточуючої паренхіми піогенною капсулою та вираженою перифокальною інфільтрацією навколишньої легеневої тканини. Гангрена легені – це дифузний гнійно-гнилісний некроз тканини без тенденції до чіткого відмежування з швидким поширенням зони змертвіння та розпаду паренхіми. Характеризується тяжкою інтоксикацією, схильністю до плевральних ускладнень і легеневих кровотеч. На сьогодні в мікробному спектрі домінує анаеробна, в т.ч. неклостридіальна інфекція, сапрофітні мікроорганізми. Цьому сприяють такі чинники як переохолодження, пневмонія, хронічний бронхіт, бронхоектатична хвороба, бронхіальна астма, цукровий діабет, травма, ателектаз легені (пухлина, стороннє тіло, гнійні корки в бронхах).

Контрольні питання:

1. Показання до термінових та планових операцій.
2. Дренування абсцесів легень.
3. Рентгенологічна картина абсцесу і гангрені легені.
4. Диференційна діагностика з туберкульозом, раком, кістами.
5. Септичний стан при абсцесах та гангрені легень.
6. Адекватність антибіотикотерапії.

Тема практичного заняття №24. *Клініка жовчнокам'яної хвороби та її ускладнення*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клініку жовчнокам'яної хвороби та її ускладнення.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати клініку жовчнокам'яної хвороби та її ускладнення.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Симптоми жовчнокам'яної хвороби.
3. Нозологічні форми жовчнокам'яної хвороби.
4. Ускладнення жовчнокам'яної хвороби.

Короткий зміст заняття:

Клініка жовчнокам'яної хвороби зумовлена реакцією організму на конкременти в жовчному міхурі та/або жовчних протоках. Серед симптомів домінуючим є приступоподібний біль у правому підребер'ї та епігастрії, як

правило, після вживання жовчогінної їжі або інтенсивного фізичного навантаження. Залежно від розташування конкремента/-ів у біліарному дереві, клініку жовчнокам'яної хвороби можуть доповнювати диспептичні явища, інтоксикаційний синдром, жовтяниця, знебарвлення калу, потемніння сечі. Патогномонічними є симптоми Мерфі, Ортнера. Ускладненнями жовчнокам'яної хвороби є жовчна коліка, гострий та хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз та механічна жовтяниця.

Контрольні питання:

1. Передумови розвитку жовчнокам'яної хвороби.
2. Класифікація, механізм виникнення конкрементів у жовчних шляхах.
3. Клініка жовчнокам'яної хвороби.
4. Ускладнення жовчнокам'яної хвороби.

Тема практичного заняття №25. *Клініка і диференційна діагностика хронічного калькульозного холециститу. Показання до хірургічного лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клініку, диференційну діагностику хронічного калькульозного холециститу і визначення показань до хірургічного лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильно оцінювати клініку хронічного калькульозного холециститу, проводити диференційну діагностику та обирати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Клінічна картина хронічного калькульозного холециститу.
3. Диференційна діагностика хронічного калькульозного холециститу.
4. Способи хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу.

Короткий зміст заняття:

Хронічний калькульозний холецистит є хронічно рецидивуючим захворюванням, пов'язаним із наявністю конкрементів у порожнині жовчного міхура. Головним симптомом хронічного холециститу вважають тупий, ниючий біль у правому підребер'ї, який ірадіює в праву підключичну ділянку, лопатку або плече. Порушення режиму харчування викликає, зазвичай, посилення болю і може провокувати напад гострого холециститу. Хворих часто турбує тяжкість, відчуття розпирання у правому підребер'ї, здуття живота після вживання їжі, гіркість у роті, відрижка, нудота, блювання, що приносить деяке полегшення, печія і порушення випорожнень (закреп, частіше пронос). При огляді шкіри та склер часто відзначають субіктеричність. Активні рухи пацієнта часто викликають болючість у правому підребер'ї. Під час пальпації

живота можна виявити незначну ригідність м'язів у правому підребер'ї та болючість у проекції жовчного міхура. Часто вдається пропальпувати болючий жовчний міхур. Симптоми холециститу в таких хворих, як правило, виражені слабо. Майже завжди в них бувають позитивними симптоми Мерфі й Мюсі-Георгієвського. Симптоми ж Ортнера та Кера стають позитивними вже при значно вираженому запальному процесі. Сонографічне дослідження виявляє розміри жовчного міхура, товщину його стінок, наявність конкрементів та їх розміри. Диференційну діагностику хронічного калькульозного холециститу потрібно проводити з загостренням виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, правобічною нирковою колькою, правобічною нижньочастковою пневмонією та ін. Діагноз хронічного калькульозного холециститу є показанням до виконання операційного втручання – холецистектомії. На сьогодні „золотим” стандартом у лікуванні гострого і хронічного калькульозного холециститу є лапароскопічна холецистектомія.

Контрольні питання:

1. Симптоми хронічного калькульозного холециститу.
2. Особливості диференційної діагностики хронічного калькульозного холециститу.
3. Операційні методи лікування хронічного калькульозного холециститу.
4. Лапароскопічна холецистектомія, інструментарій, техніка виконання, післяопераційні ускладнення.

Практичне заняття № 26. *Клініка та діагностика бронхоектатичної хвороби*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінічним перебігом і методами обстеження хворих з бронхоектатичною хворобою.

Професійно-орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати клінічну картину захворювання, визначати основні діагностичні критерії у хворих на бронхоектатичну хворобу.

Навчальні питання:

1. Етіологічні чинники виникнення захворювання.
2. Клінічна картина захворювання.
3. Діагностичні методи обстеження.
4. Тактика консервативної терапії.
5. Показання до операційного лікування.

Короткий зміст заняття:

Бронхоектатична хвороба – це хронічне захворювання, яке характеризується тяжким запальним процесом в стінці бронха, супроводжується його розширенням і втратою ним дренажної функції. Передумови виникнення захворювання: порушення вентиляції легень, інфекція.

Морфогенез захворювання: ендобронхіт – панбронхіт – перибронхіт – перибронхіальна пневмонія – деформація бронха – бронхоектази. Морфологічно розрізняють циліндричні, мішкоподібні та мішані бронхоектази. Клінічні вияви: сухий кашель, кашель з виділенням слизистого, слизисто-гнійного, гнійного харкотиння, біль у грудях при кашлі, задишка. Кровохаркання виникає у третини хворих. Лабораторно: анемія, прискорене ШОЕ, при загостренні – лейкоцитоз, зсув лейкоцитної формули вліво. Інструментальні методи обстеження: рентгеноскопія, рентгенографія ОГК (посилений легеневий малюнок, просвітлення); бронхографія, бронхоскопія, яка дозволяє оглянути бронхи V-X-го порядку, ангіопульмонографія, комп'ютерна томографія з контрастуванням бронхіального дерева (точність методу 97 %), магнітно-резонансна томографія.

Контрольні питання:

1. Топографічна анатомія бронхіального дерева.
2. Клінічні критерії захворювання, стадії перебігу.
3. Трамбування результатів додаткових методів обстеження.
4. Синдром Турпіна, синдром Картагенера.
5. Показання до планового та невідкладного операційних втручань.
6. Протипоказання до операційного лікування.

Тема практичного заняття №27. ***Клініка і діагностика гострого панкреатиту в залежності від його форми***

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів сучасні знання про клінічні вияви та діагностику гострого панкреатиту в залежності від його форми.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів на основі клінічних виявів і сучасних лабораторних та інструментальних методів діагностувати рідинні скупчення та кісти підшлункової залози.

Навчальні питання:

1. Види гострого панкреатиту.
2. Основні клінічні ознаки гострого панкреатиту.
3. Неінвазійні методи діагностики гострого панкреатиту.
4. Інвазійні методи діагностики.
5. Сучасний алгоритм діагностики гострого панкреатиту та його ускладнень.

Короткий зміст заняття:

Гострий панкреатит – це асептичне запалення демаркаційного характеру, в основі якого лежать процеси некробіозу панкреатоцитів, ферментної, цитокінової, оксидативної аутоагресії з наступним розвитком некрозу, дегенерації підшлункової залози та заочеревинної клітковини, ураження

органів-мішеней та приєднання вторинної інфекції. За міжнародною класифікацією хвороб виділяють дві форми гострого панкреатиту – набрякову і деструктивну, а згідно класифікації Атланти (1992 р.) – 5 видів захворювання та його ускладнень, а саме: 1) гострий панкреатит (легкий і тяжкий); 2) гостре нагромадження рідини (інтерстиціальний панкреатит); 3) панкреонекроз (стерильний, інфікований); 4) панкреатична несформована псевдокіста; 5) панкреатичний абсцес. Основним симптомом при гострому панкреатиті є біль у верхній половині живота, який найчастіше виникає після недотримання дієти (приймання жирної, гострої їжі, особливо у поєднанні зі вживанням алкоголю). Блювання буває нестерпним, інколи нестримним, після кожного ковтка їжі, рідини. Висока температура у перші дні вказує на виражені патоморфологічні зміни у підшлунковій залозі та може бути зумовлена приєднанням вторинної інфекції або розвитком гнійного процесу у залозі. Жовтяницю й ціаноз при гострому панкреатиті пов'язують з різко вираженою інтоксикацією. Внаслідок ураження периферичних судин при гострому панкреатиті та порушенні проникності їх стінки інколи виникають екхімози навколо пупка (симптом Грюнвальда). Крім ураження поверхневих судин, при гострому панкреатиті можуть настати такі самі зміни в судинах інших внутрішніх органів, внаслідок чого можуть виникати криваве блювання, кишкові кровотечі. Жовтяниця може бути викликана набряком головки підшлункової залози, обтурацією каменем загальної жовчної протоки або загостренням запального процесу жовчного міхура та жовчних протоків. Розвиток шоку та колапсу характерний для тяжких форм гострого панкреатиту та може мати різну тривалість (інколи декілька днів). Нерідко у хворих на гострий панкреатит настають розлади дихання, воно стає прискореним (30-40 та більше за хвилину). Динамічна непрохідність кишок є досить частою ознакою гострого панкреатиту. Різко виражений метеоризм із затриманням газів та випорожнень у більшості хворих зумовлений парезом шлунково-кишкового тракту, що часто спостерігається при гострому панкреатиті. У діагностиці гострого панкреатиту має значення симптом Мейо-Робсона – виявлення болючої точки у лівому реберно-хребтовому куті при пальпації. У хворого на гострий геморагічний панкреонекроз нерідко в черевній порожнині виявляється ексудат геморагічного характеру. Лабораторні дослідження повинні включати визначення біохімічних показників, коагулограми, газового складу крові, амілази сечі. Обов'язковими інструментальними дослідженнями є: УСГ, рентгенографія грудної клітки та черевної порожнини (або КТ з контрастним підсиленням), гастродуоденоскопія, ЕРХПГ (при підозрі на біліарний панкреатит та неможливості виконання МРХПГ). Необхідно встановити ступінь тяжкості хворого за такими шкалами, як APACHE II, Ranson, Glasgow, MOF (оцінка поліорганної недостатності).

Контрольні питання:

1. Сучасна класифікація гострого панкреатиту.
2. Клінічна симптоматика гострого панкреатиту.

3. Залежність клінічних симптомів від ступеня гострого панкреатиту та його ускладнень.
4. Лабораторні показники та їх значення у прогнозуванні захворювання.
5. Роль УСГ та КТ в диференційній діагностиці форм гострого панкреатиту.
6. Роль МРХПГ у діагностиці гострого панкреатиту.
7. Роль ендоскопічних методів у діагностичному алгоритмі.
8. Покази до застосування інтервенційних методів діагностики.
9. Порівняння різних методів діагностики різних форм гострого панкреатиту.

Тема практичного заняття №28. *Клініка і діагностика доброякісних пухлин і кіст селезінки та їх лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів сучасні знання про клініку та діагностику доброякісних пухлин і кіст селезінки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати хворих з доброякісними вогнищевими ураженнями селезінки: паразитними, непаразитними кістами та пухлинами.

Навчальні питання:

1. Клініка, діагностика та лікування непаразитних кіст селезінки.
2. Клініка, діагностика та лікування паразитних кіст селезінки.
3. Клініка, діагностика та лікування доброякісних пухлин селезінки.

Короткий зміст заняття:

Кісти селезінки поділяються на паразитні та непаразитні. Непаразитні кісти можуть бути справжніми та несправжніми. Справжні кісти є природженими, а несправжні – набутими і виникають переважно після травм, інфекційних захворювань та після перенесеного інфаркту селезінки. Кісти можуть бути поодинокими або множинними. Вмістом кісти є серозна або геморагічна рідина. Серед паразитних кіст найчастіше буває ехінококова. Захворювання може тривати від декількох до 15–20 років. Клінічні ознаки непаразитних та паразитних кіст різноманітні. Хворі відзначають постійний тупий біль у лівому підребер'ї з іррадіацією в ліве плече та передпліччя. При великих розмірах кісти може посилюватися біль, з'являються симптоми стиснення або відтиснення сусідніх органів. При фізикальному обстеженні відзначають вип'ячування у лівому підребер'ї, асиметрію живота тощо. У діагностиці кіст використовують УСГ, КТ, цєліакографію, МРТ, лапароскопію та ін. Лікування кіст селезінки залежить від їх розмірів та розташування. Пацієнти з кістою до 3,0 см в діаметрі потребують динамічного спостереження, з більшими кістами – підлягають операційному лікуванню. Застосовують традиційні (відкриті) та малоінвазійні (лапароскопічні) втручання. Основними типами операцій при кістах селезінки є спленектомія або органозберігаюче втручання: резекція кісти з часткою селезінки, енуклеація, висічення стінки

кісти тощо. Серед доброякісних пухлин селезінки виявляють гемангіоми, лімфангіоми та ін. Зі збільшенням розміру пухлини хворі скаржаться на відчуття тяжкості та періодичний тупий біль у лівому підребер'ї, з'являється пухлиноподібний утвір під лівою реберною дугою, переважно не болючий, малорухомий, з гладкою поверхнею. З діагностичною метою застосовують УСГ, КТ. Лікування хірургічне – спленектомія.

Контрольні питання:

1. Різниця між справжніми та несправжніми кістами.
2. Етіологічні чинники набутих кіст селезінки.
3. Ускладнення паразитних та непаразитних кіст селезінки.
4. Різниця ультрасонографічної картини при паразитній та непаразитній кісті селезінки.
5. Методи імуноферментної діагностики кіст селезінки.
6. Види органозберігаючих операцій, які застосовують у хворих з кістами селезінки.

Тема практичного заняття №29. ***Клініка і діагностика кіст та псевдокіст підшлункової залози***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про клінічні ознаки та діагностику сформованих рідинних скупчень підшлункової залози.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати сформовані рідинні скупчення та кісти підшлункової залози за клінічними ознаками та результатами сучасних лабораторних й інструментальних досліджень.

Навчальні питання:

1. Види рідинних скупчень підшлункової залози.
2. Основні клінічні ознаки сформованих псевдокіст підшлункової залози.
3. Неінвазійні методи діагностики рідинних скупчень підшлункової залози.
4. Інвазійні методи діагностики.
5. Диференційна діагностика ретенційних кіст та сформованих псевдокіст підшлункової залози.
6. Сучасний алгоритм діагностики сформованих рідинних скупчень підшлункової залози.

Короткий зміст заняття:

Утворення та розвиток псевдокісти є одним із ускладнень гострого деструкційного панкреатиту. Первинно стінками псевдокісти є органи, які обмежують екстрапанкреатичні скупчення рідини. Фібозна капсула формується на 4–8-й тиждень після виникнення парапанкреатичного рідинного

скупчення. Клініка псевдокісти визначається її розмірами, локалізацією, розташуванням по відношенню до інших органів черевної порожнини. Переважають больовий синдром, диспепсичні явища, часто механічна жовтяниця або ознаки екзо- та ендокринної недостатності підшлункової залози, портална гіпертензія, реактивний плеврит. В інструментальній діагностиці вирішальною є УСГ з діагностичною черезшкірною пункцією (визначення питомої ваги пунктату, ферментної активності). Проводять мікроскопію, бактеріологічне дослідження, визначення рН або онкомаркерів при необхідності), КТ з контрастуванням, МРХПГ, ендосонографію (із аспіраційною або трепан-біопсією стінки для диференційної діагностики із кістозними неоплазмами), ЕРХПГ. За діагностичним алгоритмом слід диференціювати псевдокісту з кістозною пухлиною та встановити ступінь сполучення псевдокісти із головною панкреатичною протокою, що є вирішальним у виборі оптимального методу лікування (вибір інвазійного або неінвазійного методу, визначення терміну виконання ендоскопічного або конвенційного хірургічного втручання).

Контрольні питання:

1. Класифікація рідинних скупчень підшлункової залози.
2. Аналіз пунктату псевдокісти.
3. Показання до застосування інтервенційних методів діагностики.
4. Значення УСГ в диференційній діагностиці псевдокіст.
5. Значення МРХПГ у діагностиці рідинних скупчень підшлункової залози.
6. Значення ендоскопічних методів у діагностичному алгоритмі.
7. Порівняння різних методів діагностики сформованих псевдокіст підшлункової залози.
8. Шляхи покращення ефективності діагностики рідинних скупчень підшлункової залози.

Тема практичного заняття № 30: ***Клініка і діагностика різних форм і стадій перитоніту***

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з класифікацією, клінічною картиною, формами і стадіями гострого перитоніту.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати перитоніт, обирати адекватні тактику лікування та спосіб дренивання черевної порожнини при перитоніті.

Навчальні питання:

1. Методи діагностики при перитоніті.
2. Класифікація перитоніту за фазами та поширенням процесу.
3. Клініка перитоніту при патології органів черевної порожнини.
4. Критерії призначення антибактерійної терапії.

5. Вибір способу дренивання черевної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Перитоніт – це запалення парієтальної та вісцеральної очеревини і перебігає як вторинний патологічний процес, що ускладнює перебіг первинного патологічного процесу, травми або захворювання, яке виникло внаслідок запальної або травматичної деструкції органів черевної порожнини. Очеревина (peritoneum) – це тонка сполучнотканинна оболонка, яка вкриває стінки черевної порожнини й поверхню розміщених у ній органів. Очеревина, яка вистилає стінки черевної порожнини, має назву парієтальної очеревини, очеревина, яка покриває органи, називається вісцеральною очеревиною. Основні функції очеревини: 1) функція своєрідного каркасу, фіксатора органів черевної порожнини (утворюючи зв'язки, брижі, чепці); 2) ексудативна; 3) резорбтивна; 4) бар'єрна.

Із класифікацій перитоніту найчастіше використовують класифікацію В.С. Савельєва (2000 р.): 1) за основним захворюванням (нозологічна причина перитоніту); 2) за етіологією: первинний; вторинний; третинний; 3) за поширенням: місцевий (обмежений, необмежений); дифузний; 4) за характером ексудату: серозно-фібринозний; фібринозно-гнійний; гнійний; каловий; жовчний; геморагічний; хімічний; 5) за фазою перебігу: відсутність сепсису; сепсис; важкий сепсис; септичний (інфекційно-токсичний) шок; 6) за наявністю ускладнень: внутрішньочеревних; інфекцій рани, верхніх і нижніх дихальних шляхів (трахеобронхіт, назокоміальна пневмонія); ангіогенної інфекції; уроінфекції.

Первинний перитоніт складає 1-5 %. Розглядають такі форми захворювання, при яких запальний процес розвивається без порушення цілості порожнистих органів, а перитоніт є результатом спонтанної гематогенної дисемінації мікроорганізмів в очеревину або транслокації специфічної інфекції з інших органів. Збудники, як правило, представлені моно інфекцією (пневмококовий, туберкульозний перитоніт).

Вторинний перитоніт зустрічається найчастіше і об'єднує всі форми запалення очеревини, які розвинулися внаслідок деструкції або травми органів черевної порожнини (перитоніт, викликаний перфорацією і деструкцією органів черевної порожнини; післяопераційний перитоніт; посттравматичний перитоніт: внаслідок тупої травми або проникаючих поранень живота.

Третинний перитоніт. Цей термін означає запалення очеревини, що має рецидивуючий характер, позначається інколи як персистуючий або зворотний перитоніт. Найчастіше він розвивається у післяопераційному періоді у критичних хворих. Основні чинники ризику його виникнення – виснаження пацієнта, зниження концентрації альбуміну в плазмі крові, наявність збудників, як правило, резистентних до більшості антибіотиків і поліорганна недостатність, яка розвивається поступово. На перший план виступає „третинна мікрофлора”, зазвичай, представлена мультирезистентними штамми коагулазонегативних стафілококів, ентеробактерій, псевдомонад або грибами

Candida spp., що характерні для назокоміальної інфекції. Головна відмінність вторинного перитоніту від третинного полягає в неспроможності організму хворого сформувати адекватну реакцію на системному і локальному рівнях в результаті переважання протизапальних цитокінів (як результат виснаження прозапального пулу цитокінів) у відповідь на інфекційний процес, який розвивається в черевній порожнині.

За поширенням перитоніт буває: місцевий (обмежений, необмежений) – займає лише одну анатомічну ділянку та дифузний – займає дві та більше анатомічних ділянок. Клінічний перебіг гострого перитоніту залежить від його виду, форми, стадії, кількості й вірулентності збудника, імунологічної реактивності та резистентності, причини, яка викликала перитоніт та інших чинників. Основні синдроми: больовий, інтоксикаційний, диспетичний, синдром поліорганної недостатності.

При встановленому діагнозі перитоніту хворого слід негайно оперувати під загальним знеболенням. Обсяг операційного втручання вирішується інтраопераційно. Ліквідують джерело перитоніту та проводять санацію черевної порожнини. Дренування черевної порожнини проводять за допомогою силіконових трубок, його виконують з найменшою травматизацією тканин і найкоротшим шляхом. Антибактерійну терапію слід починати після встановлення діагнозу перитоніту і вона повинна включати антибіотики широкого спектру дії та фармзасоби нітроїмідазолового ряду.

Контрольні запитання:

1. Клінічна анатомія та функції очеревини.
2. Сучасна класифікація перитоніту і його клінічна картина.
3. Мангеймський індекс перитоніту, його значення в прогнозуванні летальності.
4. Діагностична програма при підозрі на перитоніт.
5. Диференційна діагностика перитоніту.
6. Принципи передопераційного приготування хворих з перитонітом.
7. Хірургічна тактика, методи операційних втручань і дренування черевної порожнини.
8. Особливості лікування хворих з перитонітом після операції.

Тема практичного заняття №31. ***Клініка і діагностика хронічного безкам'яного холециститу. Холестероз жовчного міхура. Вибір методу лікування (консервативне, хірургічне)***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клініку, діагностику і способи лікування хронічного безкам'яного холециститу.

Професійно-орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати клініку, діагностувати й лікувати пацієнтів на хронічний безкам'яний холецистит.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Клінічна картина хронічного безкам'яного холециститу.
3. Холестероз жовчного міхура.
4. Методи лікування хронічного безкам'яного холециститу.

Короткий зміст заняття:

Хронічний безкам'яний холецистит – це запальне захворювання слизової оболонки жовчного міхура за відсутності у ньому конкрементів. Захворювання супроводжується болем, диспепсією та загальним нездужанням. До чинників, які сприяють розвитку хронічного безкам'яного холециститу, належать міхуревий холестаза, пошкодження стінки жовчного міхура, зниження імунітету, наявність вогнища хронічної інфекції тощо. Лікування хронічного безкам'яного холециститу є тривалим і передбачає дотримання дієти, використання холеретиків та холекінетиків. Ефективність антибактерійної терапії сумнівна. При поширенні запалення на паравезикальні тканини виконують холецистектомію. В етіології холестерозу основне значення має теорія „ліпідного дистрес-синдрому”: зміна літогенних властивостей жовчі спричиняє її згущення та інкрустацію слизової оболонки кристалами жовчних кислот. За поширеністю холестероз поділяють на дифузний, вогнищевий та поліпоподібний. Безкам'яний холестероз вважають основною причиною подальшого утворення каменів та розвитку калькульозного холециститу.

Контрольні питання:

1. Симптоми хронічного безкам'яного холециститу.
2. Діагностика хронічного безкам'яного холециститу.
3. Показання до консервативного лікування хронічного безкам'яного холециститу.
4. Показання до хірургічного лікування хронічного безкам'яного холециститу.

Тема практичного заняття №32. ***Клініка та діагностика дивертикулів і дивертикуліту товстої кишки, їх ускладнення та лікування (консервативне, операційне)***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про дивертикули і дивертикуліт товстої кишки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати дивертикули і дивертикуліт товстої кишки.

Навчальні питання:

1. Визначення понять дивертикульозу і дивертикуліту.
2. Патогенез утворення дивертикулів товстої кишки.
3. Клінічні ознаки дивертикулів.

4. Дивертикуліт, клініка, варіанти перебігу, ускладнення.
5. Методи діагностики дивертикулів товстої кишки.
6. Лікування дивертикульозу і дивертикуліту: консервативне і хірургічне.

Короткий зміст заняття:

Дивертикульоз товстої кишки – це захворювання, при якому утворюються поодинокі або множинні грижоподібні випинання кишкової стінки. Захворювання може тривалий час не проявлятися і його виявляють випадково під час обстеження товстої кишки. Основними симптомами дивертикульозу є біль у животі (від легкого до різко виражених нападів кишкової кольки) і порушення функції кишки (частіше у вигляді закрепів з посиленням больового синдрому). Ускладненням дивертикульозу є дивертикуліт, який проявляється болем у животі, гіпертермією і лейкоцитозом. Ускладнення: параколіт, утворення інфільтрату, формування абсцесу, нориці, перфорація дивертикула, кишкова кровотеча. Діагностувати дивертикульоз можна тільки за допомогою інструментальних методів дослідження, серед яких основне значення мають іригоскопія і колоноскопія. Безсимптомний дивертикульоз товстої кишки не потребує спеціального лікування, за винятком дієти, багатой на рослинну клітковину. При поєднанні дивертикульозу товстої кишки із діафрагмальною грижею і жовчнокам'яною хворобою виникає синдром (тріада) Сейнта (С. Saint). При дивертикуліті зі закрепамі призначають проносні засоби, спазмолітики, протизапальні засоби, при проносах – кишкові адсорбенти. Хірургічне лікування показане за наявності параколярного абсцесу, перфорації дивертикула, кровотечі, а також у хворих з вираженою клінікою захворювання при неефективності терапевтичних заходів. Хірургічна тактика залежить від конкретної ситуації і передбачає зашивання перфорації, сегментарну резекцію товстої кишки, колостомію або геміколектомію.

Контрольні питання:

1. Що таке дивертикули товстої кишки ?
2. Клінічні ознаки дивертикуліту.
3. Класифікація дивертикуліту за Hinchey.
4. Що таке тріада Сейнта ?
5. Методи діагностики й ускладнення дивертикуліту товстої кишки.
6. Консервативне лікування дивертикульозу і дивертикуліту товстої кишки.
7. Хірургічне лікування ускладнень дивертикуліту товстої кишки.

Тема практичного заняття №33. *Клініка, діагностика і лікування різних форм хронічного панкреатиту: кальцинозного, калькульозного, псевдотуморозного, склерозуючого. Ускладнення.*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клініку, діагностику і сучасні методи лікування хронічного панкреатиту та його ускладнень.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати хронічний панкреатит та його ускладнення за результатами клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, вибрати адекватний метод лікування.

Навчальні питання:

1. Форми хронічного панкреатиту.
2. Основні клінічні симптоми при різних формах хронічного панкреатиту.
3. Сучасні методи лабораторних та інструментальних досліджень хронічного панкреатиту.
4. Показання до хірургічного лікування хронічного панкреатиту.
5. Конвенційні методи хірургічного лікування хронічного панкреатиту.
6. Малоінвазійні операційні втручання при хронічному панкреатиті.
7. Сучасний алгоритм вибору тактики хірургічного лікування хронічного панкреатиту і його ускладнень.

Короткий зміст заняття:

Хронічний панкреатит – це хронічне запально-дистрофічне ураження підшлункової залози, яке триває більше 6 міс., прогресування якого призводить до розвитку фіброзу органа та недостатності його функції. Найчастіше панкреатит поділяють на хронічний кальцинуючий, обструкційний, фіброзно-індуративний, розрізняють хронічні кісти та псевдокісти підшлункової залози. Діагностичний алгоритм, крім лабораторних методів обстеження, обов'язково повинен включати і променеві методи (УСГ, КТ, МРТ, ендосонографію з пункційною біопсією). При неефективності консервативного лікування (з обов'язковим компонентом – заміною ферментною терапією) та при прогресуванні хронічного панкреатиту застосовують хірургічне лікування, яке може бути конвенційним або малоінвазійним (ендоскопічне черезпапілярне втручання методом ЕРХПГ та лапароскопії) і залежать від форми панкреатиту. Показання до хірургічного лікування поділяють на абсолютні та відносні, а основною метою інтервенції є усунення стійкого абдомінального больового синдрому із максимальним збереженням екзокринної та ендокринної функцій підшлункової залози, ліквідація механічної жовтяниці, сегментарної портальної гіпертензії. Для цього виконують операції власне на підшлунковій залозі, жовчних протоках, шлунку, вегетативній нервовій системі (постгангліонарна невротомія, маргінальна невротомія, ендоскопічна блокада сонячного сплетіння) та інших органах черевної порожнини. При лікуванні таких ускладнень хронічного панкреатиту, як нориця або псевдокіста, особливо при

підтвердженні їхнього стійкого сполучення із протоковою системою підшлункової залози, перевагу слід надавати ендоскопічному методу внутрішнього дренивання, а конвенційний хірургічний метод втручання слід застосувати лише при неефективності малоінвазійного. Із конвенційних операцій виконують зовнішнє або внутрішнє дренивання псевдокісти або її радикальне видалення (часто з прилеглою частиною залози).

Контрольні питання:

1. Сучасна класифікація хронічного панкреатиту та його ускладнень.
2. Клінічні ознаки різних форм хронічного панкреатиту.
3. Діагностичний алгоритм при хронічному панкреатиті.
4. Показання до хірургічного лікування хронічного панкреатиту та його ускладнень.
5. Порівняння конвенційних та малоінвазійних методів лікування хронічного панкреатиту.
6. Етапи ЕРХПГ в залежності від змін протоків підшлункової залози при хронічному панкреатиті.
7. Показання до радикальних хірургічних втручань при хронічному панкреатиті.
8. Шляхи покращення ефективності хірургічного лікування хронічного панкреатиту.

Тема практичного заняття № 34. ***Клінічна анатомія грудної стінки. Молочна залоза. Розрізи при маститах***

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями анатомії грудної стінки та молочної залози, причинами виникнення маститу, основними методами хірургічних втручань при гнійному маститі.

Професійно орієнтована: звернути увагу лікарів-інтернів на анатомічні особливості грудної стінки та молочної залози, які слід враховувати при виконанні хірургічних маніпуляцій та операційних втручань. Показати основні види розрізів при розкритті гнійного маститу.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія грудної стінки.
2. Особливості топографічної анатомії міжреберних проміжків.
3. Клінічна анатомія молочної залози.
4. Основні види хірургічних розрізів при гнійному маститі.

Короткий зміст заняття:

Грудну стінку утворюють кістковий скелет, фасції, м'язи, судини та нерви, розміщені в міжреберних проміжках. Скелет формують: грудина, 12 пар ребер і 12 грудних хребців. Міжреберні проміжки виповнені зовнішніми та

внутрішніми міжреберними м'язами. У щілині між внутрішніми міжреберними м'язами пролягає судинно-нервовий пучок: зверху – вена, знизу – нерв, а між ними – міжреберна артерія. Мастит – це запалення паренхіми та інтерстиціальної частини молочної залози. Розрізняють лактаційний та нелактаційний мастити. Основним способом лікування гнійного маститу є хірургічне розкриття гнійника. При лактаційному маститі обов'язковою умовою є адекватне зцідження молока.

Контрольні питання:

1. Умовні лінії грудної клітки.
2. Основні форми гнійного маститу.
3. Види розрізів при гнійному маститі – ареолярний, радіальний за Angerer, дугоподібний за Vardenheuer.
4. Особливості дренивання ран при гнійному маститі.
5. Профілактика виникнення гнійного маститу.
6. Диференційна діагностика гнійного маститу.

Тема практичного заняття №35. ***Клінічна анатомія печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози***

Навчальна мета заняття: поглибити знання лікарів-інтернів з клінічної анатомії печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів використовувати знання про функційно-анатомічні особливості печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози під час операцій на цих органах.

Навчальні питання:

1. Топографічна та сегментарно-часткова анатомія печінки.
2. Артерійна та венозна системи печінки, система воротної вени. Лімфатична система та іннервація печінки.
3. Анатомія протокової системи печінки та жовчного міхура, їх кровопостачання та вплив лімфи.
4. Топографічна анатомія підшлункової залози, система її протоків.
5. Кровопостачання, вплив лімфи, іннервація підшлункової залози.

Короткий зміст заняття:

Печінка поділяється на дві частки. За принципами розгалуження жовчних протоків, порталної вени та печінкової артерії, в печінці виділяють 8 сегментів. Артерійне кровопостачання відбувається за рахунок печінкової артерії, по її системі в печінку потрапляє 25% крові. Венозна система включає воротну вену та печінкові вени. Воротна вена є однією із найбільших трубчатих структур печінки, через неї в печінку потрапляє 75% крові. Венозний вплив відбувається через 2–3 печінкові вени. Жовч виділяється через

внутрішньопечінкові жовчні протоки, які продовжуються в позапечінкові, концентрується в жовчному міхурі та потрапляє в кишку через великий дуоденальний сосочок. Жовчний міхур та позапечінкові протоки постачаються кров'ю з печінкової артерії. Відплив лімфи від печінки відбувається поетапно в регіональні лімфатичні вузли та в грудну протоку. Іннервація печінки здійснюється симпатичною та парасимпатичною нервовою системами. Анатомічно підшлункова залоза поділяється на головку, тіло та хвіст. Головна протока підшлункової залози утворюється після злиття часткових протоків. Постачається артерійною кров'ю з панкреатодуоденальної, гілок верхньої мезентерійної та селезінкової артерій. Венозна кров відпливає в порталну систему. Лімфатична система органа тісно зв'язана з лімфатичною системою шлунка, кишок, жовчних шляхів.

Контрольні питання:

1. Вкажіть кількість сегментів печінки за класифікацією Куїно (Couinaud).
2. Кровопостачання печінки.
3. Де розташовані перші лімфатичні вузли, які збирають лімфу від печінки ?
4. Що називають „ходами Люшка” ?
5. Де знаходяться сфінктери Люткенса та Міріцці ?
6. Топографо-анатомічний поділ позапечінкових жовчних протоків.
7. Анатомічні структури, які утворюють трикутник Кало, їх розташування.
8. Довжина інтрамуральної частини холедоха.
9. Артерії, які постачають кров'ю підшлункову залозу.
10. Система протоків підшлункової залози.

Тема практичного заняття № 36. ***Клінічна анатомія плеври, бронхів, легень. Пункція плевральної порожнини. Закриття відкритого пневмотораксу. Торакотомія, резекція ребра, шов рани легені***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів–інтернів знання про клінічну анатомію плеври, бронхів, легень, пункцію плевральної порожнини, закриття відкритого пневмотораксу, торакотомію, резекцію ребра, шов рани легені.

Практично орієнтована: навчити лікарів–інтернів пунктувати плевральну порожнину, закрити відкритий пневмоторакс, виконувати торакотомію, резекцію ребра, накладати шов рани легені.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія плеври, бронхів, легень.
2. Лікувальна та діагностична пункції плевральної порожнини. Ускладнення плевральної пункції.
3. Причини виникнення пневмотораксу. Невідкладна допомога при відкритому пневмотораксі.

4. Види торакотомних доступів при патології легень та середостіння.
5. Показання до резекції ребра, техніка виконання.
6. Технічні аспекти ручного, апаратного та комбінованого швів рани легені.

Короткий зміст заняття:

Плевра – це серозна оболонка, яка вкриває легені та стінки грудної порожнини. Обидві легені знаходяться в плевральних мішках, тиск в яких – від’ємний. Легені поділяють на частки – три в правій і дві – в лівій, відповідно в правій легені є 10 сегментів, а в лівій – 9. Бронхи відходять від трахеї, правий поділяється на три гілки, а лівий – на дві. Плевральну пункцію виконують з лікувальною або діагностичною метою. При пневмотораксі та гідротораксі плевральну пункцію слід виконувати по верхньому краю ребра в VI-VII міжребер’ї по передньоаксілярній лінії або у II міжребер’ї по середньключичній лінії. Пневмоторакс – це потрапляння повітря в плевральну порожнину при пошкодженні грудної стінки або легені. Відкритий пневмоторакс виникає внаслідок дефекту грудної стінки і супроводжується вільним надходженням повітря в плевральну порожнину під час вдиху, а при видиху повітря виходить назовні. Невідкладна допомога при відкритому пневмотораксі полягає у накладанні оклюзійної герметичної пов’язки, в подальшому ПХО рани з ревізією плевральної порожнини і її дренажуванням. Резекцію ребра виконують для ефективного доступу до порожнини плеври та грудної клітки, при торакопластиці, дренажуванні емпієми плеври, а також з лікувальною метою при остеомієліті, ураженні ребра пухлиною. Торакотомія – це розріз грудної клітки, найбільш поширеною в хірургії є бокова торакотомія (передньо-бокова або задньо-бокова), аксілярна та передня міжреберна торакотомії, серединна та поперечна стернотомії.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія легень, бронхів та плеври.
2. Плевральна пункція при пневмотораксі та гідротораксі. Ускладнення при виконанні плевральної пункції.
3. Лікування відкритого пневмотораксу на догоспітальному і госпітальному етапах.
4. Вибір торакотомного доступу при патології легень та середостіння.
5. Техніка резекції ребра.
6. Види швів для закриття рани легені.

Тема практичного заняття №37. *Консервативні методи лікування гострого панкреатиту*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про консервативні методи лікування гострого панкреатиту, в залежності від його форми.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати консервативні методи лікування при різних формах гострого панкреатиту.

Навчальні питання:

1. Форми гострого панкреатиту.
2. Етапи консервативного лікування гострого панкреатиту в залежності від його стадії перебігу.
3. Неінвазійні методи діагностики гострого панкреатиту.
4. Інвазійні методи діагностики.
5. Сучасний алгоритм консервативного лікування різних форм гострого панкреатиту.

Короткий зміст заняття:

Комплекс консервативних заходів лікування гострого панкреатиту залежить від його форми. Хворим із набряковим панкреатитом (крім біліарної його форми, при якій додатково застосовують конвенційні або малоінвазійні хірургічні втручання на жовчних протоках без будь-яких маніпуляцій на залозі) проводять „базову терапію” тривалістю 3-7 днів, яка складається з інфузійної дезінтоксикаційної терапії, анальгетиків, спазмолітиків, похідних соматостатину, інгібіторів протонної помпи, М-холіноблокаторів для ліквідації больового синдрому, пригнічення активного запального процесу, усунення порушень холекінезу, профілактики місцевих та загальних ускладнень. Хворі з деструктивною формою панкреатиту повинні також отримувати консервативне лікування, а операційні втручання показані тільки при виникненні гнійно-некротичних ускладнень. На стадії токсемії та панкреатичного інфільтрату до „базової терапії” додають блокатори секреції підшлункової залози, антицитокінові середники, антиоксиданти, стимулюють моторику кишок, проводять пероральну ентеросорбцію, раннє зондове ентеральне харчування, проводять антибіотикотерапію, призначають гепатопротектори. На стадії гнійно-некротичних ускладнень лікування переважно інтервенційне (операційне або пункційно-аспіраційне під УСГ або радіологічним контролем). При виникненні або прогресуванні поліорганної недостатності є доцільним перебування хворого в умовах відділення інтенсивної терапії з динамічним моніторингом життєвих функцій, ЦВТ, катетеризацією центральних вен, сечового міхура. При утворенні псевдокіст підшлункової залози консервативне лікування є „базовим” із антацидами, антисекреторними препаратами, пробіотиками та заміною пероральною ферментною терапією до етапу повної стійкої ліквідації сформованого рідинного скупчення.

Контрольні питання:

1. Класифікація гострого панкреатиту.
2. Неінвазійні методи діагностики гострого панкреатиту.
3. Інвазійні методи діагностики.
4. Етапи консервативного лікування гострого панкреатиту.

5. Основні групи фармзасобів, які використовують у лікуванні гострого панкреатиту.
6. Особливості консервативного лікування біліарного панкреатиту.
7. Сучасний алгоритм консервативного лікування різних форм гострого панкреатиту.

Тема практичного заняття № 38. *Консервативні та операційні методи лікування абсцесу та гангрені легені*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з основними методами консервативної терапії, видами операційних втручань при лікуванні абсцесу та гангрені легені.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до невідкладних та планових операційних втручань при абсцесах та гангрені легень, знати основні методи операцій при вказаній патології.

Навчальні питання:

1. Причини виникнення абсцесу та гангрені легені.
2. Основні принципи консервативного лікування гнійних захворювань легені.
3. Показання до операційного лікування абсцесу та гангрені легені.
4. Види операційних втручань у хворих на абсцес та гангрену легені.
5. Малоінвазійні хірургічні втручання.

Короткий зміст заняття:

Усіх хворих з гострим абсцесом і гангреною легень слід лікувати у спеціалізованих торакальних хірургічних відділеннях. Суть лікування полягає у повному і по можливості постійному дренированню гнійної порожнини в легенях. Усім хворим з абсцесами і гангреною легень показана бронхоскопічна санація трахеобронхіального дерева. Якщо не вдається домогтися відновлення бронхіальної прохідності й випорожнення абсцесу, виникає необхідність пункції порожнини абсцесу або постійне дренивання за допомогою катетера, проведеного через троакар (торакоцентез). З операційних методів лікування найпростішою є пневмотомія, яка показана при неефективності інших способів випорожнення абсцесу від гнійно-некротичного вмісту. До резекції легені у випадку гострого абсцесу вдаються рідко. Операційне втручання є основним методом лікування прогресуючої гангрені легень. Радикальні операції при гострих нагноєннях легень (лобектомія, білобектомія, пневмонектомія) відносяться до категорії складних і небезпечних.

Контрольні питання:

1. Алгоритм лікувальних заходів при гнійно-деструктивних захворюваннях легень.
2. Бронхоскопічна санація трахеобронхіального дерева.

3. Пункційні методи лікування абсцесів легень.
4. Резекційні та паліативні види операційних втручань.

Тема практичного заняття №39. *Методи діагностики цирозу печінки та портальної гіпертензії*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів із сучасними лабораторними та інструментальними методами діагностики цирозу печінки та портальної гіпертензії.

Професійно орієнтована: вміти при допомозі сучасних методів діагностувати цироз печінки з портальною гіпертензією, проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями печінки.

Навчальні питання:

- 1.Клінічні ознаки цирозу печінки та портальної гіпертензії.
- 2.Лабораторні маркери циротичного ураження печінки.
- 3.Ультрасонографія в діагностиці цирозу печінки та портальної гіпертензії.
- 4.Біопсія печінки, як основний метод діагностики її циротичного ураження: показання, протипоказання, методика виконання.
- 5.Патоморфологічні ознаки цирозу печінки.
- 6.Методи вимірювання тиску у портальній системі: переваги та недоліки.

Короткий зміст заняття:

Цироз печінки – це хронічне прогресуюче захворювання, характерними ознаками якого є ураження паренхімної та інтерстиційної тканин органа, некроз і дистрофія печінкових клітин із подальшою вузловою регенерацією у вигляді дифузного розростання сполучної тканини. Усе це в кінцевому результаті призводить до різного ступеня недостатності функцій печінки і виникнення синдрому портальної гіпертензії. Портальна гіпертензія – це синдром підвищеного тиску в системі воротної вени, викликаного порушенням кровоплину в портальних судинах, печінкових венах та нижній порожнистій вені. Супроводжується спленомегалією, варикозним розширенням вен стравоходу й шлунку, асцитом, печінковою енцефалопатією.

Зараз найчастіше використовують міжнародну класифікацію цирозу печінки, прийняту в Акапулько (Мексика) в 1974 р. та доповнену в 1978 р. (ВООЗ) I. За морфологією: 1) макронодулярний (великовузловий); 2) мікронодулярний (дрібновузловий); 3) мішаний макро- і мікронодулярний (неповний септальний); 4) первинний біліарний. II. За етіологією: 1) вірусний (вірус гепатиту В, С, D та ін.); 2) алкогольний; 3) токсичний (медикаменти і хімічні речовини); 4) пов'язаний із природженими порушеннями метаболізму, 5) внаслідок obturaції жовчних шляхів – вторинний біліарний цироз печінки; 6) вторинний цироз печінки при пасивному венозному застої (кардіогенний); 7) криптогенний (не встановленої етіології). III. За ступенем печінково-клітинної

недостатності: 1) компенсований; 2) субкомпенсований; 3) декомпенсований. IV. За ступенем портальної гіпертензії: 1) I стадія (доклінічна); 2) II стадія (помірно виражена); 3) III стадія (різко виражена); V. За активністю процесу: 1) активний; 2) неактивний.

Ступінь активності циротичного процесу оцінюють за комплексом клініко-лабораторних показників та гістологічних змін печінки. Ультрасонографічно оцінюють стан паренхіми печінки, портальних судин, розміри селезінки, при поєднанні дуплексного режиму – визначають кількісні та якісні показники портального кровоплину. Для вивчення тиску у портальній системі застосовують сплено-, гепато- та портоманометрію. Для оцінки морфологічних змін у печінці виконують біопсію печінки (сліпу черезшкірну, трансвенозну, інтраопераційну або лапароскопічну).

Контрольні питання:

1. Специфічні та неспецифічні лабораторні маркери цирозу печінки.
2. Класифікація цирозу печінки.
3. Езофагогастродуоденоскопія у діагностиці ускладнень цирозу печінки.
4. Техніка та види біопсії печінки.
5. Критерії циротичного ураження печінки за шкалами METAVIR та Knodell.
6. Шкала оцінки тяжкості цирозу печінки за шкалою Чайлд-П'ю (Child-Pugh)
7. Ступені портальної гіпертензії, причини, клініка, діагностика.
8. Дуплекс-сонографія портальної системи: основні показники та їх інтерпретація.
9. Значення рентгенендоваскулярних методів у діагностиці портальної гіпертензії.

Тема практичного заняття №40. ***Методи компенсації кишкових втрат у хворих з тонкокишковими норицями***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про тонкокишкові нориці, методи компенсації кишкових втрат при них.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів консервативно лікувати тонкокишкові нориці, вміти компенсувати кишкові втрати при них.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття кишкової нориці.
2. Причини утворення тонкокишкових нориць.
3. Клінічні ознаки кишкової нориці.
4. Клініка, варіанти перебігу й ускладнення тонкокишкових нориць.
5. Методи діагностики тонкокишкових нориць.
6. Особливості харчування хворих з тонкокишковими норицями.
7. Втрати поживних речовин і рідини через норицю тонкої кишки.
8. Компенсація втрат через норицю тонкої кишки.

9. Ентеральне і парентеральне харчування пацієнта з тонкокишковою норицею.

Короткий зміст заняття:

Дуоденальні та тонкокишкові нориці ускладнюють від 0,3 % до 1,6 % хірургічних втручань, які виконують з приводу захворювань органів черевної порожнини. Негативні наслідки лікування спостерігаються в 38-91 % хворих з дуоденальними та високими тонкокишковими норицями. Кінець минулого століття ознаменувався опрацюванням та затвердженням певних стандартів у лікуванні хворих з дуоденальними та високими тонкокишковими норицями, що виникло внаслідок бурхливого розвитку фармакотерапії та вдосконалення хірургічних технологій у лікуванні цього ускладнення. Дотримуючись тактики органозберігальних операційних втручань при патології пілородуоденальної зони хірургам вдалося значно зменшити частоту виникнення післяопераційних дуоденальних та високих тонкокишкових нориць. Частота травматичних, зокрема вогнепальних нориць останні десятиліття років зберігається на низькому рівні та мало впливає на загальні показники результатів лікування цієї групи хворих. Проте, клініцистам щораз частіше доводиться зустрічатися з тяжким або ускладненим перебігом захворювання, важкою супровідною патологією. Консервативне лікування дуоденальних нориць передбачає: ендоскопічне проведення назоєюнального зонду за зону норицевого дефекту для подальшого ентерального зондового харчування; введення препаратів, які пригнічують секрецію органів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, аспіраційно-промивне дренування норицевого ходу у поєднанні із захистом шкіри навколо нориці. Принципи парентерального харчування полягають у тому, що воно має підтримувати позитивний баланс азоту, сприяти відновленню вмісту білків у сироватці крові і загоєнню ран. Необхідна кількість білка при операціях на органах черевної порожнини складає до 2,5 г/кг на добу. Відповідно, збільшення потреби в білку (в післяопераційному періоді вона зростає іноді в 2 рази) збільшує енергетичні потреби організму. На 1 г введеного азоту необхідно приблизно 10 ккал. На 1 г введених амінокислот необхідно 25-30 ккал. Оскільки білки крові, плазма, альбумін засвоюються через 14-18 днів після введення, використовувати їх як парентеральне харчування недоцільно. Із білкових препаратів найчастіше вводять гідролізін, білковий гідролізат казеїну, Альвезин, розчини амінокислот Моріамін, Поліамін, Амікін, Аміноплазмаль, Аміносол тощо; із жирових – Ліпофундин, Інтраліпід; із вуглеводних – 10% розчин глюкози, сорбітол, фруктозу. Для корекції водно-електролітного балансу використовують сольові розчини: ізотонічний розчин натрію хлориду (0,9%), розчини Рінгера, натрію гідрокарбонату, соду-буфер. Широко використовують комплексні збалансовані суміші для парентерального харчування: Берламін Модуляр, Пептамен, Енпіт.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення тонкокишкових нориць.
2. Клінічні ознаки тонкокишкових нориць.

3. Втрати поживних речовин через норицю.
4. Поняття про обтуратори нориць.
5. Методи нутріційної підтримки.
6. Ентеральне і зондове харчування.
7. Парентеральне харчування і лікування.

Тема практичного заняття №41. *Методи обтурації кишкових нориць*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про кишкові нориці і методи їх обтурації.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати ті чи інші методи обтурації кишкових нориць.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття кишкової нориці.
2. Мета обтурації кишкової нориці.
3. Показання і протипоказання до обтурації.
4. Методи обтурації.
5. Види обтураторів.

Короткий зміст заняття:

Обтурація кишкової нориці дозволяє усунути дерматит навколо неї, забезпечити природний пасаж вмісту по травному каналу, сприяє усуненню гіповолемічних розладів у короткий термін, порушень білкового та ферментного обмінів. Проте, перш ніж здійснювати обтурацію, необхідно провести ретельне дослідження нориці зі застосуванням пальцевого, рентгенологічного, ультрасонографічного і ендоскопічного досліджень. Абсолютні протипоказання до обтурації: несформовані нориці тонкої кишки, повні нориці тонкої і товстої кишок, непрохідність відвідного відділу кишки, гнійники, флегмони навколо нориці, гнійні ходи і запливи навколо нориці. Відносними протипоказаннями до обтурації є частково сформовані нориці тонкої кишки. Усі відомі методи обтурації можна поділити на внутрішньокишкові, позакишкові й мішані. Внутрішньокишкову обтурацію можна здійснити за допомогою обтураторів: обтуратор Хаскелевіча, який є фрагментом гумової трубки, розрізаної поздовж і прошитої П-подібними швами, що робить трубку розгорнутою у вигляді пластинки і закриває просвіт кишки. За допомогою нитки її фіксують до тампона над норицею. Скляні трубки Пауля, металеві трубки Фріша, які вводять у просвіт кишки і фіксують над норицею. Позакишкові методи обтурації полягають у використанні марлевих тампонів, просочених маззю, компресійних пов'язок, поролонових губок, які підводяться до нориці і закривають її зовні. Із мішаних методів обтурації найбільш поширеним є метод Колченогова. В основу методу покладено використання гумової груші невеликого розміру, розрізаної навпіл у

горизонтальній площині. Одну частину груші за допомогою затискача вводять в просвіт кишки через норицевий отвір, а на наконечник, що знаходиться поза кишкою, надягають другу половину груші у вигляді контршайби, внаслідок чого норицевий отвір закривається з боку слизової оболонки, а obturator утримується за допомогою контршайби, яка рівномірно тисне на шкіру, навколо нориці. Успіх obturaції багато в чому залежить від дотримання ряду умов. Перш за все, нориця повинна бути губоподібною, повністю сформованою. Метод Колченогова дозволяє при необхідності проводити крапельне вливання поживних розчинів через наконечник obturatora.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення нориць тонкої кишки.
2. Класифікація тонкокишкових нориць.
3. Клінічні ознаки тонкокишкових нориць.
4. Мета встановлення obturatora тонкокишкової нориці.
5. Методи obturaції кишкових нориць.
6. Види obturatorів.

Тема практичного заняття №42. *Морфологічна діагностика патології печінки*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про гістологічну та морфологічну діагностику захворювань печінки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів технічних аспектів гістологічної та морфологічної діагностики патології печінки.

Навчальні питання:

1. Гістологічні особливості будови печінки в нормі.
2. Методи забору гістологічного матеріалу.
3. Патоморфологічні зміни в печінці при її запальних ураженнях.
4. Морфологічна діагностика онкологічної патології печінки.

Короткий зміст заняття:

Морфологічне дослідження печінки має велике значення у вирішенні багатьох важливих питань сучасної гепатології. Забір матеріалу проводиться шляхом біопсії печінки (пункційної черезшкірної, трансвенозної та інтраопераційної) з наступним патогістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Гістологічне дослідження біоптату печінки – важливий метод діагностики та контролю ефективності лікування. Ступінь запалення та дистрофічного ураження (шкали METAVIR, Knodell, Ishak та ін.) оцінюють за інтенсивністю лейкоцитної інфільтрації у власній пластинці та вираженістю склерозу порталних трактів.

Контрольні питання:

1. Показання та протипоказання до проведення пункційної біопсії печінки.
2. Черезшкірна пункційна біопсія печінки: метод виконання, інструменти, ускладнення.
3. Морфологічні критерії цирозу печінки.
4. Метод оцінки активності запального процесу в печінці.
5. Значення морфологічного дослідження печінки в діагностиці онкопроцесу.

Тема практичного заняття №43. ***Невідкладні операції при портальній гіпертензії та показання до них***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про синдром портальної гіпертензії, його наслідки й ускладнення, які вимагають невідкладного операційного втручання.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розрізняти клінічні ознаки портальної гіпертензії, вміти визначити показання до невідкладного операційного втручання.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття синдрому портальної гіпертензії, класифікація.
2. Внутрішньопечінковий тип портальної гіпертензії, невідкладні операції.
3. Кровотеча з варикозно поширених вен стравоходу, невідкладна допомога.
4. Передпечінковий тип портальної гіпертензії.
5. Надпечінкова портальна гіпертензія, операційне лікування.

Короткий зміст заняття:

Синдромом портальної гіпертензії – це симптомокомплекс, зумовлений порушенням кровоплину через печінку в нижню порожнисту вену. Основною ознакою патології є підвищення тиску крові в системі воротної вени, яке супроводжується специфічними симптомами й ускладненнями. Синдром портальної гіпертензії поділяють на три типи: внутрішньопечінковий, надпечінковий і передпечінковий. Перший тип найчастіше виникає при цирозі печінки, рідше – при її вузловому розростанні (при ревматоїдному артриті, синдромі Фелті), при лікуванні цитостатиками (метотрексатом, азатіоприном, меркаптопурином), при хворобі Каролі (спадкове захворювання, яке характеризується кістозним розширеними внутрішньопечінкових жовчних протоків), хворобі Коновалова-Вілсона (гепатоцеребральна дистрофія – природжене порушення метаболізму міді), полікістозі печінки, її пухлинах, мієлопроліферативних захворюваннях. Другий тип – надпечінковий, виникає при синдромі Бадда-Кіарі, при констрикційному перикардиті (при кальцифікації перикарда виникає підвищення тиску в нижній порожнистій вені, яке посилює опір венозного кровоплину в печінці), при тромбозі або стисненні нижньої порожнистої вени. Хвороба Бадда-Кіарі – це первинний облітеруючий

ендофлебіт печінкових вен із тромбозом та подальшою їх оклюзією, а також аномалії розвитку печінкових вен, які призводять до порушення відпливу крові з печінки. Синдром Бадда-Кіарі – це тромбоз печінкових вен, який виникає на рівні їх впадання в нижню порожнисту вену і призводить до порушення відпливу крові з печінки. Розвивається вторинно при перитоніті, пухлинах черевної порожнини, перикардиті, тромбозах і вадах розвитку нижньої порожнистої вени, цирозі і вогнищевих ураженнях печінки, мігруючому вісцеральному тромбофлебіті, поліцитемії. Передпечінковий тип виникає при тромбозі основного стовбура воротної вени, стисканні стовбура воротної або селезінкової вен, хірургічних втручаннях на печінці, жовчних шляхах; після видалення селезінки, пошкодження воротної вени в результаті травми або поранення, при збільшенні селезінки при поліцитемії, геморагічній тромбоцитемії, природжених аномаліях воротної вени. Внутрішньопечінкова портальна гіпертензія розвивається при різних формах цирозу печінки, що призводить до підвищення тиску в системі воротної вени, а це, в свою чергу, до розширення природних портокавальних анастомозів. Основні операційні втручання при синдромі портальної гіпертензії – це судинні анастомози: прямий портокавальний, спленоренальний та мезентеріокавальний. Лікування портальної гіпертензії можна поділити на: терапевтичне – гепатопротектори, гормони, антикоагулянти; і хірургічне – портосистемні анастомози, лімфовенозні анастомози, екстраперитонізація печінки, перітонеовенозне шунтування, висічення варикозних розширень, прошивання дна шлунка. Невідкладна допомога при кровотечі з варикозно поширених вен стравоходу полягає в тампонаді внутрішньої поверхні стравоходу та кардіального відділу шлунка за допомогою спеціального двобалонного зонда Сенгстакена–Блекмора. Мініінвазійні інтервенційні втручання передбачають ендоскопічну склеротерапію варикозних вузлів, емболізацію печінкової, селезінкової, лівої шлункової артерії, емболізацію шлункових вен, транспечінкове портосистемне шунтування, дилатацію та стентування печінкових та нижньої порожнистої вен при синдромі Бадда-Кіарі, регіонарну тромболітична терапію при тромбозі воротної, печінкових, порожнистої вен. Останнім часом щораз більше поширення набуває ендоваскулярний метод лікування хворих на портальну гіпертензією – черезшкірне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування – Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunting (TIPS) – мініінвазійний метод створення портокавального шунта для декомпресії системи воротної вени. Його метою є сполучення гілок печінкової і воротної вен шляхом пункції воротної вени та гілки печінкової вени через паренхіму печінки з подальшою дилатацією утвореного каналу і встановлення в нього стента. При неефективності консервативних заходів та малоінвазійних втручань показана трансплантація печінки.

Контрольні питання:

1. Визначення поняття і класифікація синдрому портальної гіпертензії.
2. Клінічні ознаки синдрому портальної гіпертензії.

3. Внутрішньопечінкова портальна гіпертензія: клініка, діагностика, хірургічне лікування.
4. Кровотеча з варикозно поширених вен стравоходу, невідкладна допомога.
5. Типи портокавальних анастомозів.
6. Малоінвазійні методи лікування синдрому портальної гіпертензії.
7. Операції, спрямовані на роз'єднання гастроезофагального венозного шляху.

Тема практичного заняття №44. ***Непаразитні та паразитні кісти печінки. Діагностика. Методи операційного лікування***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про кісти печінки, їх діагностичні критерії.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів виявляти кісти печінки та обирати адекватний метод хірургічного лікування.

Навчальні питання:

1. Кіста печінки: визначення поняття, види кіст.
2. Етіопатогенез кіст печінки.
3. Клініко-інструментальні особливості діагностики непаразитних і паразитних кіст печінки.
4. Методи операційного лікування кіст печінки.

Короткий зміст заняття:

Кіста печінки – це утворення порожнини в паренхімі печінки, яка заповнена рідиною. Спостерігається у 5-6 % населення, при чому, у жінок – у 3-5 разів частіше. Найчастішою причиною виникнення кісти є порушення ембріогенезу печінки та жовчних шляхів, травми, паразитні ураження. Специфічних клінічних симптомів нема. Основними ускладненнями кіст печінки є: її розрив, кровотеча в порожнину кісти та її нагноєння. У більшості пацієнтів кісти діагностують під час планового ультрасонографічного обстеження. До основних операційних втручань при кістах печінки належать: вилушення кісти, фенестрація, резекція ураженої частини печінки, розкриття та склерозування кісти.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення кіст печінки.
2. Клінічні симптоми кіст печінки.
3. Ускладнення кіст печінки.
4. Діагностичні критерії кіст печінки.
5. Диференційна діагностика паразитних і непаразитних кіст печінки.
6. Хірургічне лікування кіст печінки.
7. Малоінвазійні втручання.
8. Лікування пацієнтів після операції.

Тема практичного заняття №45. *Операції на печінці, жовчному міхурі та жовчних протоках: холецистостомія, холецистектомія, холедохостомія, зашивання ран печінки, способи зупинки кровотечі*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про техніку виконання операцій на печінці, жовчному міхурі та жовчних протоках.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів техніки виконання холецистостомії, холецистектомії, холедохостомії, зашивання рани печінки та способів зупинки кровотечі.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Показання до холецистостомії, техніка виконання.
3. Показання до холецистектомії, техніка виконання.
4. Показання до холедохостомії, техніка виконання.
5. Зашивання рани печінки, способи зупинки кровотечі.

Короткий зміст заняття:

Холецистостомія є операцією вибору паліативного характеру у випадку високого ризику холецистектомії з причини тяжкої супровідної соматичної патології. Операцію виконують через шкіру під контролем УСГ. Холецистектомія є радикальним втручанням з приводу гострого холециститу. Залежно від анатомічної ситуації та технічних умов, обирають ретро- або антеградний метод. Лапароскопічна холецистектомія вважається „золотим стандартом” лікування калькульозного холециститу, проте має як беззаперечні переваги, так і певні протипоказання. Холедохостомію виконують при ускладненні перебігу жовчнокам'яної хвороби, наприклад, гнійним холангітом. Дренування холедоха здійснюють Т- або Г-подібним дренажем, який фіксують до холедохостомічного отвору лігатурою шовного матеріалу, який розсмоктується та видаляють, переважно, на 9–11-ту добу. Сучасною альтернативою зовнішнього дренування холедоха є його ендоскопічне стентування, якому передують ревізії холедоха кошиком Дорміа. При розривах печінки, задля кращого огляду та маніпуляцій, мобілізують зв'язковий апарат. Внутрішньопечінкові жовчні протоки перев'язують шовним матеріалом, який розсмоктується.

Розриви печінки тампують марлею, при сильній кровотечі використовують прийом Прінгле або на короткий час перетискають *v. portae*. Pringle-маневр полягає в перетисканні гепатодуоденальної зв'язки пальцями руки, судинним затискачем або турнікетом, внаслідок чого повністю припиняється приплив крові до печінки. Безпечною вважають тривалість безперервного перетискання судин на 15-20 хв., проте при перетисканні судин на 15 хв. з чередуванням перерви на 5 хв. тривалість оклюзії може сягати 70-80 хвилин.

При невеликих лінійних розривах печінки накладають П-подібні шви матеріалом, який не розсмоктується. При неможливості зближення країв розриву проводять інтерпозицію пасмом чепця. При великих та глибоких розривах паренхіми виконують гепатопексію. При тяжкому стані потерпілого, зокрема внаслідок політравми, застосовують компресійні методи зупинки кровотечі з печінки ("packing", "mesh-wrapping"). Поширюється застосування безлігатурних способів гемостазу, зокрема аргоноплазмової коагуляції, електричного зварювання тканин.

Контрольні питання:

1. Показання та техніка виконання холецистостомії.
2. Показання та техніка виконання холецистектомії.
3. Показання та техніка виконання холедохостомії.
4. Ступені пошкодження печінки за E. Moore.
5. Прийом Прінгле, показання, техніка виконання.
6. Способи зупинки кровотечі із печінки.
7. Техніка зашивання рани печінки. Шви Кузнецова М.М., Пенского Ю.Р., Giardano, Опеля В.А., Рубановой Н.А. та інші.

Тема практичного заняття №46. ***Органи ший: трахея, стравохід, щитоподібна залоза, прищитоподібні залози. Коніотомія, трахеотомія, трахеостомія. Доступи до шийного відділу стравоходу***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про органи ший, їх взаємне розміщення, топографічну анатомію, основні етапи і техніку виконання коніотомії, трахеотомії і трахеостомії, про доступи до шийного відділу стравоходу.

Професійно орієнтована: навчити і показати техніку виконання коніотомії, трахеотомії і трахеостомії.

Навчальні питання:

1. Хірургічна анатомія трахеї, стравоходу, щитоподібної та прищитоподібних залоз.
2. Техніка виконання коніотомії.
3. Техніка виконання трахеотомії.
4. Техніка виконання трахеостомії.
5. Доступи до шийного відділу стравоходу.

Короткий зміст заняття:

Трахея розташована допереду від стравоходу, на рівні від VI шийного до V грудного хребця. Спереду, до верхньої половини трахеї, прилягає перешийок щитоподібної залози (ЩЗ). По боках трахеї, до верхньої її частини прилягають права та ліва частки ЩЗ. Кожна частка ЩЗ ззаду прилягає до загальної сонної

артерії, нижнього відділу глотки і верхнього відділу стравоходу. Прищитоподібні залози – чотири невеликі ендокринні залози, прилягають попарно до ЩЗ по її задньо-боковій поверхні у верхній третині та до нижніх полюсів ЩЗ праворуч і ліворуч від трахеї.

Коніотомія – серединне розсічення гортані між перстнеподібним і щитоподібним хрящами в межах перстнещитоподібної зв'язки. Показанням до коніотомії є стеноз гортані різного походження (запального, алергічного, пухлинного тощо) з різким порушенням дихальної функції, коли нема часу або умов для трахеотомії. Різновидом коніотомії є коніокрікотомія або крікотомія – розсічення по середній лінії дуги перстнеподібного хряща. При коніотомії виконують поперечний розріз шкіри між перстнеподібним і щитоподібним хрящами, в поперечному напрямі розсікають перстне-щитоподібну зв'язку і цей отвір розширюють обертальними рухами рукоятки скальпеля доти, доки його розмір не стане достатнім для інтубації трахеї.

Трахеотомія/стомія може бути верхньою і нижньою. Техніка верхньої трахеостомії. Проводять пошаровий розріз шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції і білої лінії шиї довжиною 4-6 см від щитоподібного хряща вниз, після чого оголюють грудино-щитоподібний м'яз (*m. sternothyroideus*) правої і лівої половини шиї. Розвівши м'язи, знаходять перстнеподібний хрящ і перешийок щитоподібної залози, який лежить під ними. Розсікають листок внутрішньошийної фасції (*f. endocervicalis*) в поперечному напрямку, після чого відокремлюють перешийок від трахеї і відсувають його тупим шляхом донизу, оголивши таким чином верхні хрящі трахеї. Фіксують гортань однозубим загостреним гачком, щоб припинити судомні рухи. Взавши в руку гострий скальпель лезом догори, хірург кладе вказівний палець збоку леза і, не доходячи до кінчика 1 см (щоб не пошкодити задню стінку трахеї) розкриває третій, а іноді і четвертий хрящі трахеї, направляючи скальпель від перешийка до гортані (вгору). Після надходження повітря в трахею дихання на деякий час припиняється, настає апное з наступним переходом в різкий кашель. Тільки після цього в трахеотомічну рану вставляють трахеорозширювач. Розсуваючи його, беруть трахеостомну канюлю і, поставивши її поперек трахеї так, щоб щиток був в сагітальній площині, проводять в просвіт трахеї. Розширювач витягають, канюлю повертають так, щоб щиток розташовувався у фронтальній площині з подальшим просуванням канюлі вниз і фіксацією її навколо шиї. Шкірну рану вшивають до трахеостомічної трубки. При нижній трахеотомії/стомії (переважно у дітей) виконують серединний поздовжній розріз шкіри від нижнього краю перстнеподібного хряща до вирізки рукоятки грудини. Шийна частина стравоходу відхиляється вліво і розташовується допереду від передхребетної шийної фасції і дозаду від трахеї, що дає доступ до неї, переважно, з лівого бокового шийного доступу.

Контрольні питання:

1. Хірургічна анатомія трахеї і стравоходу.
2. Хірургічна анатомія щитоподібної та прищитоподібних залоз.

3. Техніка виконання коніотомії.
4. Техніка виконання трахеотомії, трахеостомії, їх особливості в залежності від віку пацієнта.
5. Доступи до шийного відділу стравоходу.

Тема практичного заняття №47. *Особливості лікувальної тактики в залежності від локалізації та виду кишкових нориць*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про лікування кишкових нориць.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватну тактику лікування кишкової нориці, в залежності від її локалізації.

Навчальні питання:

1. Локалізації кишкових нориць.
2. Клінічний перебіг кишкової нориці, в залежності від її локалізації.
3. Види операцій при кишкових норицях.
4. Терміни виконання операцій при кишкових норицях.

Короткий зміст заняття:

Проблема хірургічного лікування кишкових нориць охоплює питання визначення показань, вибір оптимального терміну операційного втручання і його спосіб виконання. Показання до операції визначають: стадія розвитку і локалізація нориці, кількість і характер виділень, ефективність консервативної терапії та ускладнення. При високій тонкокишковій нориці, коли всі консервативні заходи неефективні, пацієнта слід оперувати якнайшвидше, оскільки такі нориці призводять до швидкого зневоднення, розладів електролітного балансу і виснаження хворого. Основним критерієм показання до операції є стан рани, а саме можливість приготування хворого до операції при функціонуючій нориці. При товстокишковій нориці хірургічна тактика визначена чіткіше. Показанням до операції є наявність сформованих губоподібних і рубцево-трубчастих нориць, при яких консервативна терапія не ефективна. Термін виконання операції залежить від стану хворого і рани. Операції при норицях поділяються на попередні, спрямовані на усунення гнійно-запального процесу і основні, мета яких – виключення або усунення кишкової нориці. Виключення нориці – це паліативна операція, яка створює обхідний шлях для кишкового вмісту повз норицю. Радикальні операції спрямовані на повну ліквідацію нориці.

Контрольні питання:

1. Як залежить перебіг захворювання від локалізації нориці ?
2. Вибір терміну виконання операції при кишкових норицях.
3. Види операцій при кишкових норицях.

4. Паліативні і радикальні операції при кишкових норицях.

Тема практичного заняття №48. *Особливості післяопераційного лікування хворих із зовнішнім дренажем жовчних шляхів (холедохостоною)*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про особливості післяопераційного лікування хворих із зовнішнім дренажем жовчних шляхів (холедохостоною).

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів лікувати хворих із зовнішнім дренажем жовчних шляхів (холедохостоною) після операції.

Навчальні питання:

1. Анатомія і фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Показання до зовнішнього дренивання жовчних шляхів (холедохостомії).
3. Особливості догляду за хворими із зовнішнім дренажем жовчних шляхів (холедохостоною) після операції.

Короткий зміст заняття:

Жовч є цінним біологічним секретом людського організму з важливою функцією у травленні. Її втрата через зовнішній дренаж (холедохостому) має істотний вплив на стан хворого. З цих міркувань окремі науковці вважають за доцільне щодня оцінювати дебіт жовчі та рекомендують хворим із холедохостоною випивати власну жовч. У післяопераційному періоді необхідно щодня оцінювати зовнішній дренаж на предмет виділення жовчі поза холедохостомічну трубку. Витікання жовчі поза дренажну трубку вказує на недостатню герметизацію протоки лігатурою навколо дренажної трубки, підвищує ймовірність локальної мацерації шкіри. Після стабілізації стану хворого (покращання самопочуття, лабораторних показників, ультрасонографічної картини), в середньому з 8-10-ї доби показано періодичне (на кілька годин на добу) перетискання холедохостомічної трубки з метою налагодження пасажу жовчі природним шляхом. Описаний метод може спровокувати гіпертензію жовчних шляхів та біль. В середньому на 12-14-ту добу холедохостомічну трубку можна обережно видалити після попередньо проведеного рентген-контрастування холедоха (фістулографії). Після цього з дренажного каналу нетривалий час спостерігається незначне виділення жовчі, яке вимагає ретельного туалету шкіри.

Контрольні питання:

1. Показання до зовнішнього дренивання жовчних шляхів (холедохостомії).
2. Види холедохостомічних дренажів.
3. Догляд за хворими із зовнішнім дренажем жовчних шляхів (холедохостоною) після операції.

Тема практичного заняття № 48. *Паранефрит, параколіт, псоїт*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з діагностики і лікування паранефриту, параколіту, псоїту.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розрізняти і діагностувати паранефрит, параколіт, псоїт; засвоїти питання профілактики та сучасних принципів лікування.

Навчальні питання:

1. Паранефрит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
2. Параколіт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
3. Псоїт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

Короткий зміст заняття:

Паранефрит – це запальний процес навколониркової жирової клітковини. Паранефрит буває первинним і вторинним, за перебігом – гострим і хронічним. На початку захворювання підвищується температура тіла до 38-40⁰С, з'являється лихоманка, загальна слабкість. Біль у попереку може з'явитися значно пізніше, іноді на 4-5-ту добу. Положення пацієнта вимушене, через біль – він лежить на боці ураження із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами. При цьому розгинання ноги призводить до різкого посилення болю. У ділянці попереку відзначають припухлість і почервоніння. Іноді паранефрит може імітувати гострий апендицит, абсцес піддіафрагмального простору, пневмонію. При тяжкому перебігу виконують операційне втручання, гнійне вогнище розкривають і дрениують. Параколіт (paracolitis) – це запалення клітковини заочеревинного простору, дозадю від висхідної і низхідної ободової кишок. Клінічна картина параколіту мало чим відрізняється від картини паранефриту. Нерідко істина з'ясовується лише після розкриття гнійника. Гній при параколіті зазвичай має інтенсивний каловий запах (при посіві – інтенсивний ріст кишкової палички). Лікування – хірургічне: розкриття абсцесу заднім поперековим доступом. Псоїт – це запалення клубово-поперекового м'яза. Виникає найчастіше внаслідок переходу запального процесу з навколишньої клітковини органів – нирок, підшлункової залози, заочеревинно розташованого червоподібного відростка або з хребта. Інфекція може проникати лімфогенним або гематогенним шляхом із суміжних або віддалених органів і гнійних вогнищ. Причиною первинного псоїту може стати травма з утворенням у товщі м'яза гематоми, що дає реактивне запалення. Псоїт буває серозним і гнійним. При останньому відбувається розплавлення м'яза з утворенням абсцесу. Для гнійного псоїту характерний біль у глибині поперекової ділянки з ірадіацією за ходом м'яза донизу у відповідне стегно, дрощі, висока температура, лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитної формули вліво, запальна контрактура стегна на боці ураження – згинання його в кульшовому суглобі з поворотом назовні. Спроба розігнути ногу супроводжується різким болем. При серозному псоїті біль помірний, температура субфебрильна. На

початку лікування псоїту консервативне – холод на поперек, спокій, антибіотики. При наявності гнійника – його розкриття і дренування.

Контрольні питання:

1. Клініка паранефриту.
2. Диференційна діагностика параколіту.
3. Особливості псоїту.
4. Методи лікування паранефриту, параколіту, псоїту.

Тема практичного заняття №49. *Первинна хірургічна обробка рани: рання, відтермінована, пізня*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про первинну хірургічну обробку рани (ПХОР).

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів за клінічними ознаками оцінювати показання і визначати термін виконання ПХОР.

Навчальні питання:

1. Види первинної хірургічної обробки рани.
2. Основні постулати виконання ПХОР.
3. Тактичні питання виконання ПХОР в залежності від ступеня її забруднення.
4. Особливості ПХОР, в залежності від механізму ушкодження.

Короткий зміст заняття:

Первинна хірургічна обробка рани (ПХОР) – це операційне втручання, метою якого є попередження розвитку інфекції та нагноєння рани. Розрізняють ранню, яку виконують у перші 6 годин, відтерміновану (до 24 годин) та пізню (після 24 годин) хірургічну обробку рани. Чим раніше виконана ПХОР, тим більший шанс попередити розвиток інфекційних ускладнень в рані. Основними показаннями до проведення ПХОР є значне пошкодження тканин, кровотеча, наявність гематоми, ознаки розвитку інфекції рани. У більшості випадків операцію розпочинають із ревізії та розсічення тканин за ходом ранового каналу. При розчавлених та забруднених краях рани їх економно висікають. Висікають також пошкоджену та просякнуту кров'ю підшкірну жирову клітковину і перев'язують кровоносні судини. При впевненні в якісно проведеній санації і відсутності ознак інфікування, рану зашивають наглухо, в інших випадках – накладають первинно-відтермінований або вторинний шви.

Контрольні питання:

1. Види ПХОР.
2. Методи зупинки кровотечі в рані.
3. Основні етапи виконання ПХОР.
4. Варіанти завершення ПХОР.

5. ПХО рани передньої черевної стінки.
6. ПХО опікових ран.

Тема практичного заняття № 50. *Перикард і серце. Артерії, вени і нерви грудної клітки. Пункція перикарда*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями анатомічної будови серця і перикарду, інервацією та кровопостачанням грудної клітки.

Професійно орієнтована: засвоїти знання про особливості хірургічної анатомії перикарду і серця, інервації та кровопостачання грудної клітки, ознайомлення з технікою проведення пункції перикарда.

Навчальні питання:

1. Кровопостачання та інервація грудної клітки.
2. Положення серця в передньому середостінні.
3. Відношення перикарду до висхідної частини дуги аорти.
4. Відношення перикарду до діафрагмального нерва.
5. Кровопостачання та інервація перикарда.
6. Топографія коронарних артерій.

Короткий зміст заняття:

Грудна клітка складається з грудної стінки, грудної порожнини та розташованих у ній органів, судин та нервів. Грудну стінку утворюють: кістковий скелет, фасції, м'язи, судини та нерви, розміщені в міжреберних проміжках. Кровопостачання легень забезпечує система легеневих і бронхіальних артерій. Парієтальну плевру живлять міжреберні артерії, внутрішня грудна і верхні діафрагмальні артерії, вісцеральну – легеневі артерії. Іннервацію парієтального листка здійснюють міжреберні та діафрагмальні нерви, вісцерального – вегетативна нервова система. Серце (cor) розташоване в середньому середостінні асиметрично, більша його частина розташована в лівій частині грудної клітки. Це порожнистий орган, розділений всередині на камери: два передсердя (праве і ліве) і два шлуночки (правий і лівий). Стінка серця складається з трьох шарів: зовнішнього (епікард), середнього (міокард) і внутрішнього (ендокард). Перикард за будовою поділяють на серозний та волокнистий. Серозний перикард або епікард, є вісцеральним листком серозної оболонки, який і утворює зовнішню оболонку серця. Між волокнистим і серозним перикардом є порожнина з невеликою кількістю серозної рідини. Пункція перикарду проводиться в точках Ларрея, Марфана.

Контрольні питання:

1. Артерії, вени і нерви грудної клітки.
2. Хірургічна анатомія серця.

3. Показання і техніка пункції перикарда. Визначення точок пункції перикарда (Ларрея, Марфана).
4. Операційні доступи до серця, техніка хірургічної санації поранень грудної клітки з пошкодженням серця.

Тема практичного заняття №51 *Плеврити. Емпієма плеври. Гострий піопневмоторакс. Причини, діагностика, лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати знання лікарів-інтернів з питань діагностики та лікування запальних та гнійних захворювань плеври.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати й лікувати емпієму плеври, плеврити та піопневмоторакс.

Навчальні питання:

1. Плеврит: визначення, різновиди, клініка, діагностика, лікування.
2. Гостра емпієма плеври: класифікація, патогенез, клініка, діагностика, лікувальна тактика.
3. Гострий піопневмоторакс. Причини виникнення. Клініка, діагностика, невідкладна допомога та принципи лікування.
4. Пасивне та активне дренивання плевральної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Плеврит – це запалення листків плеври з утворенням на її поверхні фібрину або нагромадженням у плевральній порожнині випоту. Залежно від характеру ексудату розрізняють фібринозний (сухий), серозний, серозно-фібринозний, геморагічний плеврити. Основними клінічними ознаками є: біль у грудній клітці, непродуктивний кашель і задишка, вияви яких із наростанням випоту можуть змінюватися. Важливою ознакою плеврального випоту є зміщення органів середостіння. Для верифікації діагнозу слід здійснити плевральну пункцію. Емпієма плеври (гнійний плеврит, піоторакс) – це гнійне запалення плеври, що супроводжується нагромадженням гною в плевральній порожнині. Найчастіша причина виникнення емпієми плеври – це бактерійна пневмонія з проникненням інфекції в плевральну порожнину. Програма лікування при емпіємі плеври включає: антибактерійну терапію, дренивання плевральної порожнини з розправленням легеневої тканини. Піопневмоторакс – це скупчення гною і повітря в плевральній порожнині з колабуванням легені різного ступеня. Найчастіше захворювання виникає в результаті прориву абсцесу легені з утворенням бронхоплевральної нориці. Можливий травматичний генез. Лікування піопневмотораксу слід починати якомога швидше і воно має бути комплексним. У більшості хворих з піопневмотораксом плевральну пункцію доцільно завершувати дрениванням плевральної порожнини шляхом торакоцентезу. Це забезпечує надійне і повне звільнення її від патологічного вмісту і дозволяє декілька разів протягом доби

фракційно промивати її розчинами антисептиків. Особливо активною повинна бути хірургічна тактика у пацієнтів із клапанним напруженим піопневмотораксом. Основні типи операційних втручань: торакастомія (відкрите дренивання плевральної порожнини), декортикація легені (звільнення її від фібринозних нашарувань і шварт, які перешкоджають повному розправленню), торакопластика.

Контрольні питання:

1. Визначення понять „плеврит”, „плевральний випіт”.
2. Диференційні критерії ексудату і трансудату.
3. Клінічні та лабораторно-інструментальні діагностичні критерії емпієми плеври.
4. Ознаки емпієми плеври при дослідженні плевральної рідини.
5. Променеві методи діагностики емпієми плеври.
6. Тактика лікування хворих на емпієму плеври.
7. Клінічні та лабораторні ознаки плевриту.
8. Клінічні ознаки обмеженої емпієми плеври. Рентгенологічна картина.
9. Піопневмоторакс. Клінічний перебіг. Рентгенологічні ознаки.
10. Диференційна діагностика емпієми плеври та піопневмотораксу.

Тема практичного заняття №52. *Показання до хірургічного лікування і типи операцій при гострому панкреатиті*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи хірургічного лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до хірургічного лікування гострого панкреатиту і його ускладнень, знати типи операцій при гострому панкреатиті.

Навчальні питання:

1. Класифікація гострого панкреатиту.
2. Види малоінвазійних операційних втручань при гострому панкреатиті.
3. Конвенційні методи хірургічного лікування гострого панкреатиту.
4. Сучасний алгоритм тактики хірургічного лікування біліарного панкреатиту.
5. Значення малоінвазійних втручань у лікуванні ускладнень гострого панкреатиту (псевдокісти, нориці).

Короткий зміст заняття:

Хірургічне лікування гострого панкреатиту може бути конвенційним або малоінвазійним (ендоскопічне черезпапілярне втручання методом ЕРХПГ та лапароскопічне). Показанням до хірургічного лікування біліарного набрякового панкреатиту є наявність вираженої гіпертензії у жовчних шляхах, холедохолітіаз, гнійний холангіт (тепер слід надавати перевагу ЕРХПГ).

Натомість, лапароскопічну холецистектомію рекомендують виконувати лише після ліквідації основних симптомів хвороби. Лапароскопію слід виконувати з діагностичною метою (при неінформативності лабораторних та інших інвазійних методів) або при ферментному перитоніті для евакуації ексудату. Показанням до раннього операційного лікування хворих на деструктивний панкреатит є гострий післятравматичний панкреатит (при „свіжому” розриві залози виконують резекцію її дистальної частини або дренивання чепцевої сумки; при панкреонекрозі, що розвинувся – панкреатикостомію з наступним панкреатокишковим анастомозом або оклюзією частини органа. Розвиток гнійно-некротичних ускладнень (інфікований некроз, абсцес підшлункової залози) є показанням до операційного лікування, як правило, на 15-21-шу добу від початку захворювання. При сформованих абсцесах, які не вдається лікувати пункційно-дренуючим способом під контролем УСГ або ендоскопічним трансмуральним дрениванням, виконують його розкриття із закритим дрениванням традиційним хірургічним способом. При некротичній формі біліарного панкреатиту показанням до ЕРХПГ є вклинений камінь в папілі, виражена біліарна гіпертензія, критерій Ренсона більше 4 при поступленні. Холецистектомію слід виконувати після стихання симптомів захворювання.

Контрольні питання:

1. Класифікація гострого панкреатиту.
2. Значення інтервенційної УСГ при лікуванні ускладнень гострого панкреатиту.
3. Алгоритм вибору хірургічного лікування гострого панкреатиту.
4. Порівняння конвенційних та малоінвазійних методів лікування біліарного панкреатиту.
5. ЕРХПГ в залежності від причини гострого біліарного панкреатиту.
6. Показання до відтермінованого хірургічного втручання при гострому панкреатиті.
7. Шляхи покращення ефективності хірургічного лікування гострого панкреатиту.

Практичне заняття № 53. ***Показання та протипоказання до хірургічного лікування бронхоектатичної хвороби. Типи операцій***

Навчальна мета заняття: ознайомити ***лікарів-інтернів*** з показаннями та протипоказаннями до операційного втручання при бронхоектатичній хворобі та основними його типами.

Професійно-орієнтовна: навчити лікарів-інтернів визначати показання до того чи іншого типу хірургічного лікування бронхоектатичної хвороби.

Навчальні питання:

1. Показання до планового операційного втручання.
2. Показання до ургентного операційного втручання.

3. Протипоказання до операції при бронхоектатичній хворобі.
4. Обсяг операційного втручання при бронхоектатичній хворобі.

Короткий зміст заняття:

На початковій стадії бронхоектатичної хвороби призначають консервативне лікування: фібробронхоскопічну ендобронхіальну санацію, постуральний дренаж, мікротрахеостомію, інгаляції, дихальну гімнастику, бронхолітики, відхаркуючі, антибактерійну терапію з урахуванням антибіотикограми, імуностимулятори. Показання до планової операції – відсутність ефекту від консервативного лікування протягом 2–3 років при II–III стадіях хвороби. Операцією вибору є сегментарна і субсегментарна резекції легені в межах здорових тканин. При двобічних бронхоектазах операцію виконують на одній легені, а потім, через кілька місяців – на другій. Операція допустима при ураженні 8 сегментів з обох боків у дорослих і 11–12 сегментів у дітей. Протипоказаннями до операційного лікування є: зниження життєвого об'єму легень менше 50 %, стійке підвищення тиску в легеневій артерії вище 25 мм рт.ст., виражена дихальна недостатність, розлади серцевої діяльності, незворотні зміни печінки і нирок. Показання до термінової операції: легенева кровотеча, піопневмоторакс, спонтанний пневмоторакс.

Контрольні питання:

1. Резекційні методи операційного втручання.
2. Показання до сегментарної резекції легені.
3. Технічні особливості виконання сегментарної резекції легені.
4. Показання до термінової операції при бронхоектатичній хворобі.
5. Післяопераційні ускладнення та методи їх профілактики.

Тема практичного заняття №54. *Показання і техніка операцій на великому дуоденальному сосочку*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з показаннями і технікою виконання операцій на великому дуоденальному сосочку.

Професійно орієнтована: перевірити знання лікарів-інтернів з анатомії, топографії, фізіології великого дуоденального сосочка, навчити вибирати адекватний спосіб лікування цієї патології.

Навчальні питання:

1. Анатомія, топографічна анатомія великого дуоденального сосочка.
2. Класифікація, клініка і діагностика захворювань великого дуоденального сосочка.
3. Види операцій при захворюваннях великого дуоденального сосочка. Вибір методу операції.

Короткий зміст заняття:

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) є одним із технічно складних і небезпечних втручань, які виконують ендоскопісти. Для успішного і безпечного її виконання необхідні інтенсивне спеціалізоване навчання та значний досвід. Нині ЕРХПГ зі суто діагностичного перетворилася у малоінвазійне ендохірургічне втручання (МЕВ). ЕРХПГ з МЕВ є ефективним способом лікування захворювань панкреато-біліарної зони. Їх найчастіше використовують для видалення конкрементів із жовчних протоків та ліквідації жовтяниці, викликані злякисними новоутворами.

Показання до ЕРХПГ: 1) жовтяниця, причиною якої є біліарна обструкція; 2) результати клінічних, біохімічних або неінвазійних інструментальних досліджень, які вказують на захворювання підшлункової залози, яке супроводжується інтрапанкреатичною гіпертензією; 3) ознаки або симптоми, які вказують на наявність злякисної пухлини підшлункової залози, але результати неінвазійних методів її візуалізації є сумнівними або нормальними; 4) панкреатит нез'ясованої етіології; 5) передопераційне обстеження при хронічному холециститі (при наявності інформації про біліарну гіпертензію або жовтяницю в анамнезі) та псевдокістах підшлункової залози; 6) манометрія сфінктера Одді; 7) ендоскопічна папілосфінктеротомія (а) холедохолітіаз; б) стеноз папіли або дисфункція сфінктера Одді, які мають клінічні ознаки; в) при встановленні стента або виконанні балонної дилатації; г) синдром „сліпого мішка” (синдром „сладжа” у термінальному відділі холедоха після накладання холедоходуоденоанастомозу); д) холедохоцеле; е) рак великого дуоденального сосочка у хворих з високим ризиком операційного втручання; є) доступ до панкреатичної протоки). 8) встановлення стента при доброякісних або злякисних стриктурах, норицях, підтіканні жовчі після операції, а також при великих конкрементах загальної жовчної протоки, які не вдається видалити; 9) балонна дилатація стриктур протоків; 10) встановлення назобіліарного дренажу; 11) дренажування псевдокісти підшлункової залози при наявності відповідних умов; 12) біопсія панкреатичної або жовчної протоків; 13) лікування панкреатиту.

Контрольні питання:

1. Показання до втручання на великому дуоденальному сосочку.
2. Вибір методу лікування при захворюваннях великого дуоденального сосочка.
3. Ускладнення при втручаннях на великому дуоденальному сосочку.
4. Консервативна терапія при захворюваннях великого дуоденального сосочка.
5. Методи дренажування при захворюваннях великого дуоденального сосочка.

Тема практичного заняття №55. *Поранення і розриви легень. Діагностика. Хірургічні доступи. Типи операцій*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клініко-діагностичними критеріями травматичного ураження легень та способами їх лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів надавати невідкладну медичну допомогу при травматичних ураженнях легень.

Навчальні питання:

1. Поранення легені: визначення поняття, причини, види, клініка, діагностика.
2. Розрив легені: визначення поняття, патогенез, клініка, діагностика.
3. Лікувальна тактика при пораненні та розриві легені.

Короткий зміст заняття:

Розрив легені – це порушення анатомічної цілості легені і вісцеральної плеври. Розрив може бути з пошкодженням кісткового каркасу або без пошкодження. Найчастіше розрив легені і плеври виникає при тяжких переломах ребер. Тяжкість стану хворого залежить від глибини поранення і локалізації в легені. Чим поранення далше від кореня легені, тим менша тяжкість стану пацієнта. Поранення легеневої паренхіми в ділянці кореня легені супроводжується тяжкими клінічними ознаками. Кровохаркання – перша діагностична ознака, яка вказує на пошкодження легені. Витікання крові з рота цівкою вказує на поранення великої судини в паренхімі легені. Виникає гемопневмоторакс. Клінічна картина залежить від тяжкості ушкодження (локалізації і глибини ураження легеневої паренхіми). Неспокійний стан хворого, частий пульс, болючий кашель з домішкою крові, ціаноз, різка задишка та підшкірна емфізема свідчать про пошкодження легеневої паренхіми. У більшості випадків вдається консервативними заходами лікувати хворих, у яких розрив легеневої паренхіми локалізується в периферичних частках легені. Застосування кровоспинних засобів, повторні плевральні розвантажувальні пункції із видаленням крові та повітря і введенням антибіотиків дають хороший ефект. Погіршення стану потерпілого є показанням до операції. Після звільнення плевральної порожнини від крові оцінюють ступінь пошкодження органа. При відсутності значного пошкодження накладають шви на рану легені. При тяжкому пораненні легеневої паренхіми з її розчавленням показана клиноподібна резекція частки легені, у виняткових випадках – пульмонектомія. Після зупинки кровотечі, ушивання бронха або клиноподібної резекції легені рану зашивають пошарово і виконують дренажування плевральної порожнини на 24–48 годин.

Контрольні питання:

1. Причини та механізми виникнення розриву легені.
2. Клінічні ознаки розриву легені.
3. Діагностичні заходи при розриві легені.

4. Класифікація поранень легені.
5. Догоспітальна допомога при пораненнях та розривах легені.
6. Вибір раціональної тактики при травматичних ураженнях легені.
7. Типи торакотомій. Переваги і недоліки. Показання до торакотомії.
8. Вибір торакотомії в залежності від виду пошкодження.
9. Малоінвазійні методи лікування травматичних уражень легені.

Тема практичного заняття №56. *Поранення серця. Методика зашивання рани серця*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями надання хірургічної допомоги пацієнтам з пораненням серця.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів зашивати рану серця.

Навчальні питання:

1. Надання дошпитальної допомоги пацієнтам з підозрою на поранення серця.
2. Організація невідкладної медичної допомоги при шпиталізації пацієнтів цієї категорії.
3. Методика зашивання рани серця та дренування перикарду.
4. Лікування пацієнтів з пораненням серця в післяопераційному періоді.

Короткий зміст заняття:

Ефективність лікування поранення серця і перикарда залежить від часу, який минув від моменту травми до початку надання спеціалізованої медичної (хірургічної) допомоги; узгоджених дій усіх служб і підрозділів під час надання допомоги; кваліфікації і досвіду хірурга; адекватності діагностичних і лікувальних заходів, лікування пацієнта в післяопераційному періоді, а також своєчасного виявлення і лікування післяопераційних ускладнень. Діагностичні заходи при підозрі на поранення серця і перикарда повинні бути мінімальними, їх слід виконувати переважно на операційному столі. Встановлення факту поранення серця і/або перикарду, а іноді й підозра на таке поранення є показанням до невідкладного операційного втручання. Всі рани серця слід ушивати з обов'язковим дренуванням перикарду. Більшість поранень серця і перикарду в післяопераційному періоді супроводжуються легенево-серцевими ускладненнями, які потребують ранньої профілактики і лікування із залученням реанімаційної та кардіологічної служб. Рана серця зашивається спочатку посередині одним широким швом, перехрещуванням ниток якого вдається домогтися значного зменшення або зупинки кровотечі (не слід сильно стягувати лігатури, оскільки при їх прорізуванні рана набуває хрестоподібного вигляду, кровотеча посилюється). Після цього накладають вузлові, П-подібні або матрачні постійні шви на рану правою рукою та обережно їх зав'язують (щоб не прорізати м'яз) відразу після видалення пальця з рани. Після чого

трималку видаляють. При зашиванні великих рваних ран серця доцільно накласти широкий круговий кисетний або П-подібний шви.

Тампонада серця – це патологічний стан, при якому між листками перикарда нагромаджується рідина і знижує ефективність серцевих скорочень за рахунок стискання порожнин серця. Такий стан часто виникає при пораненні серця, рідше – при перикардиті. Тампонада серця є станом, що загрожує життю пацієнта. Клінічно виникають ознаки гострої серцевої недостатності. При тяжкій тампонаді серця (наприклад, при розриві міокарда) виникає триада Бека: падіння артеріального тиску, зростання центрального венозного тиску і приглушення серцевих тонів. При ультразвуковому дослідженні виявляється рідина між листками перикарда. Лікування полягає в терміновому видаленні рідини з порожнини перикарда, для цього виконують пункцію перикарда і видаляють надлишок рідини, при продовженні нагромадження ексудату, встановлюють катетер для його евакуації.

Контрольні питання:

1. Класифікація пошкоджень серця.
2. Методика зашивання рани серця.
3. Кардіологічний моніторинг в післяопераційному періоді.
4. Тампонада серця, перша допомога.

Тема практичного заняття №57. *Програмовані та вимушені релапаротомії. Показання до них*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів знання про програмовані та вимушені релапаротомії у хворих з гострою хірургічною патологією живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати програмовані та вимушені релапаротомії у хворих з гострою хірургічною патологією живота за показаннями.

Навчальні питання:

1. Види релапаротомій у невідкладній хірургії органів черевної порожнини.
2. Вимушені релапаротомії: показання, способи виконання.
3. Програмовані релапаротомії: показання, способи виконання.
4. Техніка виконання релапаротомії.

Короткий зміст заняття:

Релапаротомія – це повторна операція на органах черевної порожнини, яку виконують у післяопераційному періоді з приводу основного хірургічного захворювання або його ускладнень. Розрізняють два види релапаротомій: програмовані та вимушені. Показання до завчасно запланованої релапаротомії – програмованої (second look) – встановлюються під час першої операції, на

основі багатофакторної інтраопераційної оцінки хірургічної ситуації. Головна мета – абсолютний контроль та своєчасна хірургічна корекція стану органів черевної порожнини. Показаннями до застосування етапного хірургічного лікування є: розлитий фібринозно-гнійний або каловий перитоніт, анаеробний перитоніт, неможливість одномоментного усунення джерела перитоніту. Вимушена релапаротомія виконується тоді, коли несприятливий перебіг захворювання під час першої операції не прогнозувався. Серед показань до її виконання є прогресування або ускладнення основного захворювання, ятрогенні ускладнення.

Контрольні питання:

1. Різниця між програмованою та вимушеною релапаротомією.
2. Мінірелапаротомія, її значення в діагностиці післяопераційних ускладнень.
3. Показання до декомпресії у хворих під час релапаротомії.
4. Методи закриття черевної порожнини після релапаротомії.
5. Показання до лапаростомії.

Тема практичного заняття №58. *Пухлини тонкої кишки та її брижі*

Навчальна мета заняття: сформувати 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). Кишкочівній 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 облісінням, 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 кишкової 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 тонкогolkову 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 тироксикінази (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 №59. ***Рак жовчного міхура та жовчних протоків***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про рак позапечінкових жовчних шляхів, методи його діагностики та лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати рак жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.

Навчальні питання:

1. Діагностика пухлини позапечінкових протоків.
2. Операційні втручання на позапечінкових жовчних шляхах при онкологічних захворюваннях.
3. Ускладнення в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.
4. Комплексне радикальне та паліативне конвенційне хірургічне лікування раку жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.
5. Малоінвазивне лікування раку позапечінкових жовчних протоків.
6. Сучасні погляди на променеви, хіміо- та брахіотерапію раку жовчних протоків та жовчного міхура.

Короткий зміст заняття:

Рак жовчних протоків відноситься до рідкісних захворювань, його діагностують переважно в осіб старечого віку. Відносно невеликий розмір пухлини, переважна локалізація її в ділянці біфуркації загальної жовчної протоки (пухлина Кляцкіна) або в місці її впадіння у дванадцятипалу кишку ускладнюють діагностику. Такий рак діагностують, як правило, на етапі появи симптому механічної жовтяниці з розтягненням жовчного міхура (позитивний симптом Курвуаз'є). Кал стає ахолічним, з'являється свербіж шкіри. При стисканні воротної вени пухлиною розвивається асцит. Функції печінки на початкових стадіях захворювання не порушуються. Сама ж пухлина розташована глибоко в черевній порожнині, має невеликі розміри, виявляється лише з допомогою лабораторних (онкомаркери РЕА та СА-125) та інструментальних методів діагностики (УСГ, КТ, МРТ, ендосонографія). При локалізації пухлини в ділянці папіли Фатері може деформуватися просвіт кишки і діагноз можна встановити ендоскопічно, взяти біопсію. Диференціюють рак позапечінкових протоків із жовчнокам'яною хворобою, раком жовчного міхура або підшлункової залози з інвазією в протоки. Рак жовчного міхура – доволі рідкісне захворювання. Він розвивається при жовчнокам'яній хворобі, хронічному калькульозному холециститі. Пухлина розташовується в ділянці шийки або дна жовчного міхура, вражає печінку, навколишні лімфатичні вузли, гепато-дуоденальну зв'язку. За гістологічною будовою рак жовчного міхура відноситься до скіру або аденокарциноми. Частими симптомами раку жовчного міхура є біль в епігастрії або правому підребер'ї, гепатомегалія, утвір в черевній порожнині, який пальпується, диспепсичні розлади, механічна жовтяниця без характерної для холедохолітіазу тріади Шарко. Анемія спостерігається рідко, не буває помітного схуднення. Смерть настає внаслідок метастазування пухлини, перфорації жовчного міхура із наступним перитонітом або від печінкової недостатності.

Лікування описаних пухлинних захворювань переважно паліативне, оскільки радикальне видалення пухлини можливе лише на ранній стадії її розвитку, без ознак дисемінації. Проте, діагностують ці захворювання надто пізно – їх перебіг є безсимптомним до появи механічної жовтяниці. Як правило, накладають біліодигестивні анастомози хірургічним способом, коли це ще

можливо, для усунення механічної жовтяниці. Перспективним напрямом лікування є поєднання ендоскопічного черезпапілярного дренивання протоків (використання ендобіліарних стентів) із черезшкірним черезпечінковим методом декомпресії біліарного дерева (при неефективності або неможливості виконати ендоскопічне втручання через дисемінацію пухлини). При цьому кількість ускладнень в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді є суттєво меншою, у порівнянні із конвенційними хірургічними втручаннями. Перспективним напрямом, який впливає на продовження виживання хворих є застосування ендоскопічної брахіотерапії (вид променевої терапії, при якому джерело випромінювання розташовується всередині пухлини).

Контрольні питання:

1. Алгоритм діагностики пухлини позапечінкових жовчних протоків.
2. Класифікація операційних втручань на позапечінкових жовчних шляхах при онкологічних захворюваннях.
3. Ускладнення раннього та віддаленого післяопераційного періоду та методи їх попередження.
4. Консервативне лікування печінкової недостатності при механічній жовтяниці.
5. Показання до радикального та паліативного конвенційного хірургічного лікування раку жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.
6. Показання та методи паліативного малоінвазійного лікування раку позапечінкових жовчних протоків та жовчного міхура.
7. Показання до променевої, хіміо- та брахіотерапії раку жовчновивідних протоків та жовчного міхура.

Тема практичного заняття №60. *Рак ободової і прямої кишок*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-слухачів сучасні знання про злоякісні захворювання ободової та прямої кишок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати рак ободової і прямої кишок.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія ободової та прямої кишок.
2. Сучасний стан проблеми колоректального раку в Україні та світі.
3. Основні етіологічні чинники виникнення раку ободової та прямої кишок.
4. Клінічні симптоми колоректального раку.
5. Основні принципи діагностики колоректального раку.
6. Сучасні принципи лікування колоректального раку.

Короткий зміст заняття:

Колоректальний рак займає одне з перших місць у структурі онкологічних захворювань. Він однаково вражає чоловіків і жінок, зазвичай у віці 50–75 років. Частота захворювання найвища в розвинених країнах. До чинників підвищеного ризику відносять дієту з високим вмістом жиру і низьким вмістом рослинних волокон (клітковини), вік, старший за 40 років, аденоми і рак товстої кишки в анамнезі, сімейний анамнез, поліпи і поліпозні синдроми, хворобу Крона, неспецифічний виразковий коліт. Найчастіше рак розвивається в сигмоподібній кишці. Патоморфологічно пухлина виникає в слизовій оболонці, потім проростає всі шари кишкової стінки і за її межі, інфільтрує навколишні органи і тканини. Розрізняють екзофітну та ендофітну форми раку. Більшість злякисних пухлин ободової кишки має будову аденокарциноми. Метастазування відбувається лімфогенним, гематогенним та імплантаційним шляхом. Метастази найчастіше виникають у печінці. Виділяють шість форм клінічного перебігу раку ободової кишки: токсико-анемічну, ентероколітичну, диспепсичну, обтураційну, псевдозапальну та пухлинну (атипову). Основним методом діагностики раку ободової і прямої кишок є колоноскопія із біопсією пухлини. Основний метод лікування – хірургічний. У залежності від стадії, наявності ускладнень (гострої непрохідності кишок, перфорації пухлини, перитоніту, параколярного абсцесу) розрізняють такі типи операційних втручань: радикальні, паліативні та симптоматичні. Одним із додаткових методів лікування колоректального раку в залежності від стадії розвитку пухлини є хіміотерапія.

Контрольні питання:

1. Сучасний стан проблеми колоректального раку в Україні та світі.
2. Передрак та основні етіологічні чинники колоректального раку.
3. Патоморфологічні форми колоректального раку.
4. Класифікація T-N-M та стадії раку ободової та прямої кишок.
5. Основні клінічні форми колоректального раку.
6. Діагностична програма при колоректальному раку.
7. Скринінгові методи виявлення раку ободової та прямої кишок.
8. Основні принципи лікування колоректального раку.
9. Операції: радикальні, паліативні, симптоматичні.
10. Принципи хіміотерапевтичного лікування колоректального раку, різновиди хіміотерапії, основні лікарські засоби, найпоширеніші схеми лікування.
11. Профілактика колоректального раку.

Тема практичного заняття №61. *Рак підшлункової залози та великого дуоденального сосочка*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про рак підшлункової залози та великого дуоденального сосочка, методи їх діагностики та лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати рак підшлункової залози та великого дуоденального сосочка.

Навчальні питання:

1. Діагностика пухлин підшлункової залози та позапечінкових жовчних протоків.
2. Операційні втручання на підшлунковій залозі та позапечінкових жовчних протоках при онкологічних захворюваннях.
3. Ускладнення в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.
4. Комплексне радикальне та паліативне конвенційне хірургічне лікування раку підшлункової залози та позапечінкових жовчних протоків.
5. Консервативне та паліативне малоінвазійне лікування раку позапечінкових жовчних протоків та підшлункової залози.
6. Сучасні погляди на променеву, хіміо- та таргетну терапію раку підшлункової залози.

Короткий зміст заняття:

Захворюваність на рак підшлункової залози постійно зростає, особливо серед чоловіків у віці 50-60 років. У більшості хворих це аденокарциноми різного ступеня зрілості, які рано метастазують в регіонарні лімфатичні вузли (парапанкреатичні, мезентерійні і т.д.). Величина пухлини може бути різною – від маленького, ледь помітного вузла до розмірів головки дитини. Велику пухлину часто треба диференціювати з кістою підшлункової залози. Рак підшлункової залози найчастіше розвивається з епітелію панкреатичних протоків, рідше – з епітелію ацинозної тканини і ще рідше – з острівців Лангерганса. Гістологічно розрізняють багато різновидів раку, але найчастіше спостерігають аденокарциноми, рідше – плоскоклітинний рак, кістаденокарциноми. Виявлення раку підшлункової залози на ранніх стадіях не виправдане, оскільки пухлини, доступні для скринінгової діагностики, як правило, вже виявляються інкурабельними. Неінвазійні діагностичні методи: КТ, МРТ і УСГ – найбільш точні методи дослідження раку підшлункової залози, оскільки з їх допомогою можна виявити пухлину розміром 2–3 см; якщо пухлина підшлункової залози досить великих розмірів і зміщує дванадцятипалу кишку (пізні стадії), її можна виявити при рентгенографії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Інвазійні діагностичні методи: черезшкірна аспіраційна біопсія пухлини тонкою голкою під контролем УСГ або КТ із подальшим цитологічним дослідженням пунктату з високою точністю і практично без ускладнень дозволяє встановити діагноз злоякісного новоутвору

підшлункової залози; ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія дозволяє діагностувати пухлини підшлункової залози невеликих розмірів (можна виконати цитологічне дослідження епітелію та вмісту протоки підшлункової залози); ендосонографія з аспіраційною або трепан-біопсією є методом вибору в діагностиці раку папіли. При обстеженні пацієнтів з механічною жовтяницею є ефективною черезшкірна черезпечінкова холангіографія. Лікування, як правило, паліативне і полягає в усуненні симптомів і наслідків механічної жовтяниці. Ефективною альтернативою біліодигестивному анастомозу є малоінвазійне черезпапілярне ендодренування (краща переносимість, менша кількість ускладнень, менший ліжкодень). Панкреатодуоденальна резекція – це операція вибору у радикальному лікуванні раку підшлункової залози та великого дуоденального сосочка. У пацієнтів з раком папіли віддалені результати сприятливіші, а радикально оперують до 10 % первинних пацієнтів. Ефективної хіміотерапії не існує дотепер. Перспективним напрямом при недисемінованому раку вважається місцева терапія аутоантитілами, які вводять ендосонографічно (метод на стадії доклінічних досліджень).

Контрольні питання:

1. Епідеміологія раку підшлункової залози.
2. Алгоритм діагностики пухлин підшлункової залози та папіли Фатері.
3. Класифікація операційних втручань на підшлунковій залозі та позапечінкових жовчних шляхах при онкологічних захворюваннях.
4. Ускладнення раннього та віддаленого післяопераційного періоду та методи їх попередження.
5. Консервативне лікування печінкової недостатності на ґрунті механічної жовтяниці.
6. Показання до радикального та паліативного конвенційного хірургічного лікування раку підшлункової залози та позапечінкових жовчних протоків.
7. Показання та методи паліативного малоінвазійного лікування раку позапечінкових жовчних протоків та жовчного міхура.
8. Перспективи хірургічного лікування раку підшлункової залози.

Тема практичного заняття №62. **Рак шлунка**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про етіологію та патогенетичні механізми виникнення раку шлунка, принципи його діагностики, лікування та профілактики.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати рак шлунка та лікувати передракові захворювання.

Навчальні питання:

1. Передракові захворювання.

2. Патогенетичні механізми виникнення раку шлунка.
3. Клінічні ознаки раку шлунка.
4. Методи діагностики раку шлунка.
5. Паліативні та радикальні операції при раку шлунка.
6. Хіміотерапія раку шлунка: показання, протипоказання, сучасні схеми лікування.

Короткий зміст заняття:

Рак шлунка за захворюваністю й смертністю займає друге місце після раку легень. Виникає зі залозистого епітелію слизової оболонки шлунка, має будову аденокарциноми, але часто може мати більш анаплазований характер (скір, солідний рак, колоїдний рак та ін.). У розвитку раку шлунка велике значення мають передракові захворювання – хронічний атрофічний гастрит, хронічна кальозна виразка, перніціозна анемія, стан після резекції шлунка (особливо через 10–20 років після резекції за Більрот-ІІ), аденоматозні поліпи шлунка (частота малігнізації – 40 % при поліпах, більших ніж 2 см у діаметрі), імунодефіцитні стани, особливо варіабельний некласифікований імунодефіцит (ризик карциноми – 33 %), інфікування *Helicobacter pylori*. У лікуванні раку шлунка основне значення має хірургічний метод. Хірургічне лікування раку шлунка залежить від поширення пухлини в шлунку, ступеня ураження регіонарних лімфатичних вузлів і наявності віддалених метастазів. Для радикального видалення раку шлунка існує три види операцій: субтотальна резекція шлунка при пухлині, яка займає нижню половину шлунка, гастректомія – при поширенні процесу на верхню третину і, нарешті, при дуже невеликих обмежених ураженнях кардіального відділу – резекція верхньої третини шлунка (проксимальна резекція).

Контрольні питання:

1. Лімфатичні колектори шлунка.
2. Етіологічні чинники виникнення раку шлунка.
3. Клінічні симптоми раку шлунка.
4. Класифікація раку шлунка за системою T-N-M.
5. Методи діагностики пухлини шлунка.
6. Шляхи метастазування раку шлунка.
7. Критерії вибору хірургічного втручання при раку шлунка.
8. Техніка основних операційних втручань при раку шлунка.
9. Сучасні схеми хіміотерапії раку шлунка.
10. Диспансерний нагляд за пацієнтами із раком шлунка.
11. Безпосередні та віддалені результати лікування.

Тема практичного заняття №63. *Ранні та пізні ускладнення після операцій на жовчних шляхах*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасні знання про ускладнення після операцій на жовчних шляхах.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати ускладнення після операцій на жовчних шляхах у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Навчальні питання:

1. Операційні втручання на позапечінкових жовчних шляхах.
2. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді.
3. Ускладнення у віддаленому післяопераційному періоді.
4. Методи діагностики ускладнень у хірургії біліарної системи.
5. Показання до конвенційного хірургічного лікування ускладнень раннього та віддаленого післяопераційного періоду.
6. Показання та протипоказання до консервативного та малоінвазивного лікування ускладнень після операцій на жовчних шляхах.
7. Алгоритм діагностики та лікування ускладнень, які виникли після операцій на жовчних шляхах.

Короткий зміст заняття:

Операції, які найчастіше виконують на жовчних шляхах – це холецистектомія з або без холедохотомії і трансплантація печінки. У ранньому післяопераційному періоді можуть виникати ускладнення, пов'язані безпосередньо з холецистектомією, а саме: внутрішньочеревна кровотеча, підтікання жовчі назовні, абсцеси черевної порожнини, перитоніт, механічна жовтяниця; загальні ускладнення, пов'язані з лапаротомією/лапароскопією (гнійно-септичні, евентрація, післяопераційна грижа); ускладнення пов'язані зі загостренням/появою нових супровідних захворювань та власне біліарні ускладнення або як їх ще називають ПХЕС (зміни, не скореговані під час холецистектомії, зміни, які виникли в результаті операційного втручання (ятрогенне пошкодження протоків, стриктури, стороннє тіло протоків, порушення моторики кишки, рефлюкс-холангіт) та ураження органів панкреато-біліарної ділянки, пов'язані з тривалою жовчнокам'яною хворобою (хронічний панкреатит, абсцеси печінки, холангіогенний сепсис та ін.). Одним із найнебезпечніших ускладнень вважають ятрогенні травми жовчних протоків. За результатами порівняльного аналізу лапароскопічної та відкритої холецистектомії, частота пошкоджень жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії значно вища, майже у 2 рази, за результатами одноцентрових (0,36–0,47 %) і багатоцентрових (0,46–0,47 %) досліджень у порівнянні з пошкодженнями протоків після відкритих холецистектомій (0,19–0,29 %). Після холецистектомій ятрогенні стриктури протоків виникають у 0,6 % пацієнтів, із них інтраопераційно розпізнають лише 25 %, підтікання жовчі ускладнюють

післяопераційний період у 24 % хворих, а застосування активної тактики потребують 0,8–1,1 % пацієнтів. Після трансплантації печінки підтікання жовчі найчастіше діагностують у 4 % пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді, а стриктури – у 9–15 % хворих (відносять до ускладнень пізнього післяопераційного періоду). Для вчасного виявлення тих чи інших ускладнень необхідно поєднувати лабораторні та інструментальні методи обстеження, а саме: ультрасонографію, фістулографію, магнітно-резонансну холангіопанкреатографію, ендоскопічну УСГ, ЕРХПГ, манометрію сфінктера Одді та рентгенконтрастне обстеження ШКТ. Для корекції біліарних післяопераційних ускладнень найчастіше застосовують поєднання інтервенційної УСГ та ЕРХПГ з черезпапілярним стентуванням протоків. Комбінація цих малоінвазивних методів дозволяє уникнути повторних операцій у більше, ніж 90 % хворих із ранніми та пізніми біліарними післяопераційними ускладненнями, а відкриті хірургічні втручання застосовують лише при їх неефективності або неможливості виконання.

Контрольні питання:

1. Класифікація ускладнень після операцій на жовчних протоках.
2. Діагностичний алгоритм для верифікації ранніх біліарних ускладнень.
3. Види хірургічних конвенційних операцій при біліарних післяопераційних ускладненнях.
4. Показання і протипоказання до ендоскопічних черезпапілярних втручань для ліквідації ускладнень після операцій на жовчних шляхах.
5. Етапи ендоскопічної декомпресії позапечінкових жовчних протоків.
6. Види ендопротезів, методи їх встановлення.
7. Методи перед- та інтраопераційної профілактики ускладнень ендоскопічних втручань.

Тема практичного заняття №64. *Рентгендіагностика патології жовчних шляхів*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи рентгендіагностики патології жовчних шляхів.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати доброякісну та зляквісну патологію жовчних шляхів за результатами сучасних рентгенологічних методів обстеження.

Навчальні питання:

1. Променеві методи діагностики патології позапечінкових жовчних шляхів.
2. Показання до застосування рентгенологічних методів діагностики захворювань гепато-біліарної системи.
3. Неінвазивні рентгенологічні методи діагностики.
4. Інвазивні комбіновані рентгенологічні методи діагностики.

5. Ускладнення рентгенологічної діагностики патології жовчних протоків.
6. Чутливість, специфічність та інформаційність сучасних методів рентгендіагностики захворювань гепато-біліарної системи та їх порівняння з іншими методами обстеження.

Короткий зміст заняття:

Рентгенологічні методи обстеження мають велике значення у діагностиці патології жовчних протоків у сучасній клініці. Їм властива висока чутливість, специфічність та загальна інформаційність. Рентгенологічні методи обстеження поділяються на прямі та непрямі, неінвазійні та інвазійні. Останнім притаманна більша специфічність та інформаційність. Це досягається контрастуванням протоків через зовнішній дренаж інтраопераційно (інтраопераційна холангіографія), після операції (фістулографія) або через великий дуоденальний сосочок під час рентген-ендоскопічного втручання (ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія – ЕРХПГ). Введення контрасту через папілу лише з діагностичною метою має найбільшу кількість ускладнень (до 10 %) серед усіх рентгенологічних діагностичних методів, тому її слід застосовувати лише як перший етап ЕРХПГ і переходити до лікувального етапу біліарної декомпресії за необхідністю. Комп'ютерно-томографічна холангіопанкреатографія (КТХГ) з довеним контрастуванням поступається за чутливістю та інформаційністю магнітно-резонансній холангіопанкреатографії (МРХПГ), проте ще широко застосовується через малу загальну доступність останньої. При неможливості проведення ЕРХПГ (дуоденальна обструкція, повний блок термінального відділу холедоха) та недостатній інформаційності ультрасонографії (УСГ) та КТХГ можна застосовувати черезшкірну черезпечінкову холагіографію, яка також може бути першим етапом біліарної декомпресії (черезпечінкова холангіостомія, ендобіліарне дронування). За повідомленнями більшості дослідників найбільш інформаційним є поєднання кількох методів діагностики патології печінкових протоків – рентгенологічного, УСГ або МРХПГ.

Контрольні питання:

1. Класифікація рентгенологічних методів діагностики патології жовчних протоків.
2. Показання до застосування інтервенційних рентгенологічних методів діагностики.
3. Ускладнення діагностичної ЕРХПГ, шляхи її зменшення.
4. Порівняння різних методів рентгенологічної діагностики захворювань жовчних протоків.
5. Шляхи покращення ефективності та чутливості рентгенологічних методів діагностики захворювань позапечінкових жовчних протоків.

Тема практичного заняття № 65. Рентгеноскопія, оглядова і прицільна рентгенографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія в діагностиці захворювань органів грудної клітки. Бронхографія

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними методами діагностики захворювань органів грудної клітки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати захворювання органів грудної клітки за результатами променевих обстежень пацієнтів.

Навчальні питання:

1. Основні види променевих обстежень органів грудної клітки.
2. Значення комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії в діагностиці захворювань органів грудної клітки.
3. Допоміжні методи обстеження (бронхографія, бронхоскопія)
4. Використання результатів рентгеноскопії органів грудної клітки для диференційної діагностики їх захворювань.

Короткий зміст заняття:

Традиційна рентгенографія залишається основним методом первинного обстеження пацієнтів при ознаках захворювання органів грудної клітки. Це зумовлено невеликим променевим навантаженням на пацієнта і низькою вартістю обстеження. Тактика і метод виконання бронхографії докорінно змінилися з впровадженням бронхоскопії. Комп'ютерна томографія (КТ) грудної клітки – це детальна пошарова візуалізація органів і структур грудної клітки, яка дозволяє діагностувати захворювання легень, серця, стравоходу, магістральних кровоносних судин (аорти, легеневої артерії). Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – це альтернатива КТ при обстеженні бронхо-легеневої системи. Слід відзначити значний прогрес в поліпшенні якості візуалізації легеневої та лімфоїдної тканин за допомогою цього методу обстеження. При МРТ можна чітко диференціювати судинні і тканинні структури, рідину, уточнити локалізацію і поширення пухлини при контрастному підсиленні, її інвазію в сусідні органи, при цьому відсутнє променеве навантаження на пацієнта.

Контрольні питання:

1. Радіонуклідні методи дослідження захворювань легень.
2. Ультрасонографічне дослідження легень та органів середостіння.
3. Рентгенологічні ознаки патології на рентгенограмах грудної клітки.
4. Переваги магнітно-резонансної томографії.
5. Техніка проведення бронхографії.

Тема практичного заняття №66. *Скелет і м'які тканини обличчя. Розрізи при абсцесах і флегмонах обличчя*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з анатомічної будови скелету і м'яких тканин обличчя, основ операційного лікування абсцесу та флегмони обличчя.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та виконувати операційні доступи при абсцесі та флегмоні обличчя.

Навчальні питання:

1. Кістки скелету обличчя.
2. М'язи обличчя.
3. Співвідношення фасцій та клітковинних просторів обличчя.
4. Особливості розрізів при поверхневому абсцесі та флегмоні обличчя.
5. Розрізи при глибокій флегмоні обличчя.
6. Дренування гнійних заплівів при флегмоні скроневої ямки.

Короткий зміст заняття:

Обличчя – це передній відділ голови людини, обмежений зверху краєм волосяного покриву, знизу – кутами і нижнім краєм нижньої щелепи, з боків – краями нижньої щелепи та основами вушних раковин. Скелет обличчя (лицевий відділ черепа) є його основою і складається з лобної, виличної, слъзної, скроневої, верхньощелепної кісток, які з'єднані між собою та нижньої щелепи. М'язи обличчя представлені жувальною мускулатурою, яка приводить у рух нижню щелепу та м'якими м'язами. Останні одним кінцем з'єднані з поверхнею кісток обличчя, а іншим – влітаються в глибокі шари шкіри. Серед важливих фасціальних структур обличчя виділяють скроневу, навколоушно-жувальну та міжкрилоподібну фасції. Між двома листками скроневої фасції розташований міжфасціальний простір, заповнений жировою клітковиною. Поверхневі гнійники обличчя розкривають над місцем найбільшої припухлості та флюктуації з врахуванням локалізації гнійника та топографії лицьового нерва. При розкритті абсцесів використовують природні складки на обличчі для доброго косметичного ефекту. Щоб не пошкодити нервові гілки, після розрізу шкіри та підшкірної клітковини інструментом тупо розширюють рану. Після спорожнення гнійника обстежують порожнину на предмет гнійних заплівів, при їх виявленні виконують додаткові розрізи, через які проводять дренажні трубки для промивання. Глибокі флегмони скроневої ямки (флегмони скроневого кістково-фасціального футляра) розкривають двома розрізами. При розкритті абсцесу скроневої ямки проводять обстеження порожнини на наявність гнійних заплівів у щелепно-жувальний та крилоподібно-щелепний простори, підскроневу та крилопіднебінну ямки.

Контрольні питання:

1. Які кістки утворюють скелет обличчя ?

2. Особливість прикріплення м'язів обличчя.
3. Особливості розрізів при розкритті гнійників виличної ділянки.
4. Зони гнійних заплівів флегмони скроневої ямки.

Тема практичного заняття №67. *Спонтанний пневмоторакс*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про поняття спонтанного пневмотораксу, причини його виникнення, діагностику та лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати і лікувати спонтанний пневмоторакс.

Навчальні питання:

1. Клінічні ознаки спонтанного пневмотораксу.
2. Класифікація спонтанного пневмотораксу.
3. Особливості клінічного перебігу і діагностики.
4. Особливості лікування спонтанного пневмотораксу.

Короткий зміст заняття:

Спонтанний пневмоторакс розвивається внаслідок порушення цілості вісцеральної плеври і сполученням плевральної порожнини з повітроносними шляхами. Причинами його виникнення можуть бути туберкульоз, травма грудної клітки, неспецифічні захворювання легень, бульозна емфізема, кісти, пухлини, пневмоконіози тощо. Патогенез спонтанного пневмотораксу визначається такими чинниками: порушенням герметичності плевральної порожнини, відшаруванням вісцеральної плеври від парієтальної, стисканням (колапсом) легені, зміщенням середостіння у здоровий бік. Розрізняють відкритий спонтанний пневмоторакс, клапанний та закритий. Найтяжчий перебіг спостерігається при клапанному пневмотораксі. Високий позитивний тиск у плевральній порожнині збільшує задишку і призводить до порушення діяльності серця. Стан хворого ускладнюється приєднанням гнійного плевриту. Крім клінічних симптомів дихальної недостатності, у хворих відмічається тимпанічний звук при перкусії, послаблене дихання над відповідною половиною грудної клітки. Наявність газового міхура і колапсу легені підтверджується рентгенологічним дослідженням. Лікування полягає у наданні невідкладної допомоги при різко вираженій недостатності дихання і порушенні діяльності серцево-судинної системи. Призначають суворий ліжковий режим, протикашльові, знеболюючі і серцеві препарати, оксигенотерапію. Застосовується також специфічна і неспецифічна загальна і місцева хіміотерапія (профілактика емпієми). Деяким хворим необхідно виконати плевральну пункцію і аспірацію повітря, якщо в плевральній порожнині утворюється позитивний тиск. Іноді таку аспірацію потрібно робити повторно або виконати дренивання за Бюлау. Хворим із відкритим або клапанним

пневмотораксом при відсутності позитивного ефекту від консервативної терапії слід виконати операційне втручання.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення та класифікація спонтанного пневмотораксу.
2. Методи дренивання спонтанного пневмотораксу.
3. Активна аспірація чи пасивне дренивання плевральної порожнини при пневмотораксі ?
4. Варіанти дренажу плевральної порожнини.
5. Контроль ефективності дренивання.

Тема практичного заняття № 68: ***Способи дренивання черевної порожнини при перитоніті і лаваж черевної порожнини***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про способи дренивання і лаваж черевної порожнини.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів дренивати черевну порожнину при перитоніті, проводити пролонгований і фракційний перитонеальний лаваж, програмовані релапаротомії.

Навчальні питання:

1. Одномоментна санація черевної порожнини на операційному столі.
2. Методи продовженої санації черевної порожнини.
3. Пролонгований перитонеальний лаваж.
4. Фракційний перитонеальний лаваж.
5. Лапаростомія, показання, техніка виконання.
6. Програмована релапаротомія.

Короткий зміст заняття:

Одномоментну санацію черевної порожнини виконують усім хворим для усунення джерела перитоніту і незалежно від стадії захворювання, його характеру, видаляють патологічний екссудат із черевної порожнини для максимальної деконтамінації парієтальної та вісцеральної очеревини. Дренивання черевної порожнини проводять, як правило, з чотирьох стандартних точок, іноді з шести. У правому підребер'ї дрениють підпечінковий простір, у лівому підребер'ї – лівий піддіафрагмальний простір. Через контрапертуру у лівій здухвинній ділянці дрениють лівий фланг живота і простір Дугласа. Через контрапертуру в правій здухвинній ділянці можна дренивати правий фланг живота, а також простір Дугласа. Тепер практично відмовилися від введення марлевих тампонів у черевну порожнину при перитоніті.

Пролонгований перитонеальний лаваж показаний при наявності дифузного фібринозно-гнійного перитоніту, коли на петлях кишок залишається велика

кількість фібринозно-гнійних нашарувань, які неможливо видалити. Перитонеальний лаваж – це процедура, яка передбачає механічне промивання черевної порожнини. Останнім часом, у зв'язку із ефективним застосуванням потужних антибіотиків, перитонеальний лаваж виконують досить рідко. Розчин не повинен викликати подразнення очеревини. Найчастіше його проводять розчином фурациліну з додаванням антибіотиків групи аміноглікозидів. Через трубки в правому та лівому підребер'ях вводять розчин в черевну порожнину зі швидкістю 10-15 кр./хв. Після вливання в черевну порожнину 2-2,5 л розчину знімають затискачі з нижніх дренажів. Продовжують крапельне введення розчинів 3-5 діб. Фракційний перитонеальний лаваж – це періодичні вливання в черевну порожнину певного дозованого об'єму розчину. Через дренажі в обох підребер'ях вводять 1,5-2 л фурациліну з антибіотиком, швидкість введення 100-120 кр./хв для кожної системи. На заповнення черевної порожнини достатньо 1-1,5 год. Нижні трубки впродовж години залишають закритими. Потім їх відкривають і протягом 1-2 годин черевна порожнина спорожнюється, після чого знову затискають нижні трубки і знову заповнюють черевну порожнину. Так виконують промивання 8-12 л розчину.

Лапаростомія полягає в тому, що після виконання основного етапу операційного втручання лапаротомна рана не зашивається, щоб у післяопераційному періоді була можливість детально контролювати перебіг перитонеальних явищ. Показання: термінальна і токсична стадія дифузного перитоніту, фаза поліорганної недостатності, дифузний післяопераційний перитоніт, анаеробний перитоніт, евентрація кишки в гнійну рану.

Програмована релапаротомія. Після одномоментної санації черевної порожнини і її дренивання, окремими швами типу Донаті або П-подібними на трубках закривають черевну порожнину. Через 24-48 годин проводять повторну програмовану релапаротомію. Акуратно роз'єднують зрости, розкривають міжпетлеві гнійники, промивають черевну порожнину та знову зав'язують „на бантики”. Іноді використовують зручні застібки-блискавки. Такі релапаротомії проводять від 3 до 5 разів через 24-48 годин до ліквідації явищ перитоніту.

Контрольні запитання:

1. Пасивне дренивання черевної порожнини.
2. Безперервний проточний лаваж черевної порожнини: показання, техніка.
3. Техніка виконання фракційного лаважу черевної порожнини.
4. Показання до лапаростомії.

Тема практичного заняття №69. *Способи хірургічного лікування кіст та псевдокіст підшлункової залози*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи хірургічного лікування сформованих рідинних скупчень підшлункової залози.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити адекватне інтервенційне лікування псевдокіст підшлункової залози за результатами сучасних лабораторних й інструментальних методів дослідження.

Навчальні питання:

1. Види рідинних скупчень підшлункової залози.
2. Види операційних втручань.
3. Конвенційні методи хірургічного лікування псевдокіст.
4. Малоінвазійні методи хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози.
5. Сучасний алгоритм вибору тактики хірургічного лікування сформованих рідинних скупчень підшлункової залози.
6. Ускладнення в ранньому та пізньому післяопераційних періодах, рецидив псевдокісти.

Короткий зміст заняття:

Показаннями до хірургічного лікування псевдокісти підшлункової залози конвенційним або малоінвазійними хірургічними методами є швидке збільшення псевдокісти в розмірах до 6 см і більше, наявність больового синдрому, ускладнень (кровотеча, перфорація, нагноєння, компресія сусідніх органів та судинно-нервових пучків), неефективність інших методів лікування або рецидив псевдокісти. До радикальних хірургічних втручань, які виконують при різних видах псевдокіст відносять панкреато-дуоденальну резекцію, резекції підшлункової залози з кістою, енуклеацію кісти. До паліативних – ендоскопічні дренуючі операції, аспіраційно-дренуючі черезшкірні втручання під контролем УСГ, хірургічне створення внутрішнього анастомозу конвенційним або лапароскопічним методом, зовнішнє дронування (марсупіалізація). На вибір методу хірургічного лікування впливають такі чинники, як стан хворого, супровідні захворювання, наявність загальних ускладнень псевдокісти (при кровотечі або перфорації можливе лише конвенційне хірургічне втручання, як і при високій ймовірності малігнізації псевдокісти), ступінь завансваності фонового захворювання (необхідність корекції екзо- та ендокринної дисфункцій), а також форма, розміри, локалізація, ступінь зрілості стінки псевдокісти. При несформованій псевдокісті до конвенційного хірургічного лікування вдаються лише при неефективності пункційно-аспіраційного методу під УСГ контролем або при виникненні ускладнень, які загрожують життю хворого.

Контрольні питання:

1. Класифікація рідинних скупчень підшлункової залози.
2. Алгоритм вибору методу хірургічного лікування псевдокісти.
3. Порівняння конвенційних та малоінвазійних методів хірургічного лікування сформованих псевдокіст підшлункової залози.
4. Етапи ендоскопічного дронування псевдокісти.

5. Ранні та пізні ускладнення відкритого хірургічного втручання при псевдокісті.
6. Шляхи покращення ефективності лікування гострих та сформованих рідинних скупчень підшлункової залози.

Тема практичного заняття №70. *Судинно-нервові пучки шиї. Хірургічна санація ран шиї. Доступи до судин шиї. Пункція і катетеризація підключичної вени*

Навчальна мета заняття: *ознайомити лікарів-інтернів з хірургічною анатомією судинно-нервових пучків шиї, фасцій і міжфасціальних клітковинних просторів та основними доступами до судин шиї.*

Професійно орієнтована: *навчити лікарів-інтернів виконувати пункцію та катетеризацію підключичної вени, основні доступи до судин шиї та хірургічну санацію ран шиї.*

Навчальні питання:

1. Топографічна анатомія шиї.
2. Хірургічна анатомія фасцій шиї за В.М. Шевкуненко.
3. Судинно-нервові пучки шиї.
4. Пункція і катетеризація підключичної вени, техніка виконання.
5. Хірургічні доступи до судин шиї.

Короткий зміст заняття:

Перша фасція або поверхнева фасція шиї – fascia colli superficialis. Друга фасція або поверхневий листок власної фасції шиї – lamina superficialis fasciae colli propriae. Третя фасція або глибокий листок власної фасції шиї – lamina profunda fasciae colli propriae. Четверта фасція або внутрішня фасція шиї – fascia endocervicalis. П'ята фасція передхребтова – fascia prevertebralis. За Паризькою анатомічною номенклатурою (PNA), всі фасції шиї об'єднано під назвою fascia cervicalis, яка ділиться на 3 пластинки: 1) поверхнева пластинка – lamina superficialis, відповідає першій фасції fascia colli superficialis за В.Н. Шевкуненко; 2) передтрахеальна пластинка – lamina pretrachealis, покриває слинні залози, м'язи та інші утворення перед трахеєю. Вона відповідає другій і третій фасції за В.Н. Шевкуненко. 3. Передхребетна пластинка – lamina prevertebralis, відповідає п'ятій фасції за В.Н. Шевкуненко. Четверту фасцію – fascia endocervicalis, у PNA не описано. Шийні фасції міцно зв'язані зі стінками вен за допомогою сполучнотканинних тяжів і сприяють венозному відпливу. Операційні втручання на шиї мають певні особливості, які пов'язані з топографо-анатомічними особливостями шийного відділу. На шиї розташовані початкові відділи органів травлення, дихання, щитоподібна залоза, багато лімфатичних судин, зокрема грудна лімфатична протока. У цьому відділі є життєво важливі кровоносні судини та сплетіння спинномозкових нервів. До

того ж судинно-нервові утворення та лімфатичні шляхи вкриті лише м'якими тканинами, і тому спереду та з боків ший практично не захищені. Поранення судин ший можуть у короткий термін призвести до загибелі людини. Таким чином, у ділянці ший розташовані життєво важливі утворення, тому знання їх зовнішніх орієнтирів має практичне значення для виконання операційних втручань та хірургічних маніпуляцій.

Контрольні питання:

1. Особливості первинної хірургічної санації ран ший.
2. Можливі пошкодження судин, нервів, трахеї, стравоходу при операційних втручаннях на ший.
3. Ускладнення при катетеризації підключичної вени.
4. Хірургічна анатомія медіального та основного судинно-нервового пучка ший.
5. Топографічна анатомія загальної та зовнішньої сонних артерій.

Тема практичного заняття №71. ***Тактика хірурга при гострому холециститі. Вибір методу операційного втручання***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про тактику лікування гострого холециститу, зокрема вибір методу операційного втручання.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватну тактику лікування гострого холециститу та метод операційного втручання.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія гепатобіліарної зони.
2. Консервативне лікування гострого холециститу.
3. Холецистектомія через лапаротомний доступ: показання, протипоказання, техніка операції.
4. Лапароскопічна холецистектомія: показання, протипоказання, техніка операції.

Короткий зміст заняття:

При виборі тактики лікування гострого холециститу важливе значення має результат ультрасонографічного обстеження. Цим методом встановлюють стадію патологічного процесу, уточнюють локальну анатомію та наявність конкрементів у міхурі та жовчній протоці. При відсутності конкрементів у міхурі і протоках, операційне втручання виконують при переході запалення на паравезикальні тканини. При гострому холециститі, зокрема з блоком шийки жовчного міхура конкрементом, лікування доцільно розпочати з консервативних заходів (спазмолітики, протизапальні та антибактерійні фармзасоби) з метою стабілізації стану хворого. За відсутності протипоказань (тяжкість стану хворого, високий операційний ризик), наступним етапом лікування гострого калькульозного холециститу є хірургічне втручання –

холецистектомія. „Золотим” стандартом лікування калькульозного холециститу, в тому числі й гострого, вважають лапароскопічну холецистектомію. Остання, проте, має низку протипоказань (декомпенсована легенева та/або серцева патологія, ранні терміни вагітності, великі абдомінальні операції в анамнезі та ін.) і потенціал конверсії у „відкриту” холецистектомію. Питання проведення перед- або інтраопераційної ревізії холедоха та холедохостомії вирішуються індивідуально, в залежності від клінічної ситуації і технічного забезпечення.

Контрольні питання:

1. Лікувальна тактика залежно від форми та стадії гострого холециститу і стану хворого.
2. Показання, протипоказання і техніка виконання холецистектомії через лапаротомний доступ.
3. Показання, протипоказання і техніка виконання лапароскопічної холецистектомії. Інструменти й обладнання, необхідні для виконання лапароскопічного втручання.

Тема практичного заняття №72. *Техніка виконання спленектомії*

Навчальна мета заняття: відновити знання лікарів-інтернів про показання та метод виконання спленектомії.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів виконувати спленектомію.

Навчальні питання:

1. Показання до виконання спленектомії.
2. Основні етапи виконання операції спленектомії.
3. Післяопераційний період: можливі ускладнення та лікування пацієнта.

Короткий зміст заняття:

Спленектомія – це операція видалення селезінки. Переважно виконують серединну лапаротомію. Після ревізії внутрішніх органів, виконують видалення селезінки з перев'язкою судинної ніжки, санацію та дренажу черевної порожнини. Окремими можливими компонентами операції можуть бути: реінфузія крові та аутоотрансплантація шматочків видаленої селезінки у великий чепець. Останнім часом показання до спленектомії значно скоротилися.

Контрольні питання:

1. Показання до проведення спленектомії
2. Операційні доступи при спленектомії: переваги та недоліки.
3. Основні етапи операції.
4. Технічні моменти видалення селезінки.

5. Техніка виконання аутоспенотрансплантації.
6. Ускладнення спленектомії.
7. Лікування пацієнтів після операції.

Тема практичного заняття №73. **Види пневмотораксу: закритий, відкритий, напружений. Діагностика та лікування**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про види пневмотораксу, їх діагностичні критерії та методи надання невідкладної допомоги за сучасними стандартами.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно розпізнавати пневмоторакс, вміти надати невідкладну допомогу.

Навчальні питання:

1. Відкритий пневмоторакс. Визначення, головні патогенетичні чинники, які викликають серцево-легеневу недостатність. Клініка.
2. Алгоритм невідкладної допомоги на догоспітальному етапі при відкритому пневмотораксі.
3. Клапанний пневмоторакс: визначення, клініка, первинна невідкладна допомога.
4. Закритий пневмоторакс: визначення, клініка.

Короткий зміст заняття:

Пневмоторакс – це наявність повітря в плевральній порожнині внаслідок проникаючого поранення грудної клітки або ушкодження легені. У залежності від сполучення плевральної порожнини з навколишнім середовищем розрізняють: 1) закритий пневмоторакс; при ньому сполучення зі зовнішнім середовищем відсутнє, в плевральну порожнину потрапила невелика кількість повітря, і не збільшується. 2) Відкритий пневмоторакс. При такому пневмотораксі плевральна порожнина сполучається зі зовнішнім середовищем, тому тиск у ній дорівнює атмосферному. Легеня спадається, оскільки найважливішою умовою для розправлення легені є від'ємний тиск у плевральній порожнині. Може поєднуватися з гемотораксом. 3) Напружений (клапанний) пневмоторакс. Виникає при утворенні клапанної структури, яка перепускає повітря в одному напрямку – з легені або з навколишнього середовища в плевральну порожнину і перешкоджає його виходу назад. При цьому із кожним дихальним рухом тиск в плевральній порожнині зростає. Це найнебезпечніший вид пневмотораксу, оскільки крім виключення легені із дихання приєднується подразнення нервових закінчень плеври, яке призводить до плевропульмонального шоку, а також зміщення органів середостіння, що порушує їх функцію, насамперед виникає стискання великих судин. Крім того, пневмоторакс може бути: а) пристінковий (в плевральній порожнині міститься невелика кількість повітря, легеня не повністю розправлена; як правило, це

закритий пневмоторакс); б) обмежений (стиснення на 1/3 об'єму легені); в) середній (стиснення на 1/2 об'єму легені), г) великий (стиснення більше 1/2 об'єму легені); д) тотальний або повний (легеня повністю колабована); е) осумкований (виникає при наявності зростів між вісцеральною та парієтальною плеврою, які обмежують ділянку пневмотораксу). Основний метод діагностики пневмотораксу – рентгенологічний. Спосіб лікування залежить від виду пневмотораксу та ступеня дихальної недостатності.

Напружений пневмоторакс є загрозовим станом для життя постраждалого. Не можна відкладати надання допомоги, очікуючи рентгенологічного підтвердження пневмотораксу. Для напруженого пневмотораксу характерні наступні симптоми: біль у грудях, нестача повітря, задишка, тахікардія, гіпотонія, наростання підшкірної емфіземи, відсутність дихання з одного боку, девіація трахеї (видиме відхилення трахеї у протилежний бік від плевральної порожнини, в якій відсутнє дихання), розширення міжреберних проміжків на ураженій стороні, розширення шийних вен і ціаноз. Напружений пневмоторакс вимагає негайної декомпресії і на початковому етапі контролюється введенням голки великого просвіту або широкого катетера (14-16 G) у II міжреберному проміжку по середньоключичній лінії у відповідній половині грудної клітки. Ця маніпуляція переводить напружений пневмоторакс у простий, проте, при цьому існує ймовірність збереження простого пневмотораксу в результаті введення голки. Остаточна корекція проводиться шляхом дренивання плевральної порожнини в V-VI міжреберному проміжку середній пахвовій лінії.

Контрольні питання:

1. Класифікація пневмотораксу.
2. Клініка і діагностика пневмотораксу.
3. Лікувальна тактика при пневмотораксі.
4. Способи дренивання плевральної порожнини. Види аспіраційних систем.
5. Напружений (клапанний) пневмоторакс. Патогенез порушень. Невідкладна допомога і лікувальна тактика.
6. Відкритий пневмоторакс. Патогенез порушень. Невідкладна допомога і лікувальна тактика.
7. Що таке парадоксальне дихання ?
8. Причини виникнення підшкірної емфіземи. Методи лікування.
9. Причини виникнення та клінічний перебіг медіастинальної емфіземи.
10. Лікувально-діагностичний алгоритм при медіастинальній емфіземі.

Тема практичного заняття №74. **Травматичне ушкодження діафрагми. Операційні доступи: лапаротомний, торакотомний**

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів знання про травматичні ушкодження діафрагми, методи їх діагностики та лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно діагностувати травматичне ушкодження діафрагми, надавати кваліфіковану допомогу.

Навчальні питання:

1. Травматичне ушкодження діафрагми: види, клініка, діагностика.
2. Вибір методу операційного втручання в залежності від ступеня ушкодження.
3. Методика зашивання діафрагми.

Короткий зміст заняття:

Травма діафрагми буває закрита й відкрита. Закрите пошкодження діафрагми виникає при ДТП, падінні з висоти, стисненні живота. Розрив діафрагми зумовлений раптовим підвищенням внутрішньочеревного тиску. Пошкодження частіше виникає в ділянці сухожильного центру або в місці його переходу в м'язову частину діафрагми. У 90-95% випадків виникає розрив лівого купола діафрагми. При розриві та пораненні діафрагми внаслідок від'ємного внутрішньогрудного тиску в плевральну порожнину переміщуються органи черевної порожнини. Переміщення органів може виникнути як безпосередньо після травми, так і через певний проміжок часу. Відкрите пошкодження діафрагми буває при колото-різаних і вогнепальних торакоабдомінальних пораненнях. Вони в більшості випадків поєднуються з пошкодженнями органів грудної та черевної порожнини. В гострому періоді переважають симптоми супровідної травми (плевропульмональний шок, серцево-судинна і дихальна недостатність, кровотеча, перитоніт, гемопневмоторакс, переломи кісток). Діагностичне значення мають симптоми стискання легені і зміщення органів середостіння. Може виникнути защемлення органів, які перемістилися в плевральну порожнину. Запідозрити поранення діафрагми можна при наявності над грудною кліткою тимпаніту при перкусії, кишкових шумів при аускультатії, при розвитку симптомів кишкової непрохідності, виникненні гемо- або пневмотораксу при пораненнях живота. Рентгенологічні дослідження (оглядова рентгеноскопія, рентгенографія, рентгенконтрастне дослідження шлунка, тонкої і товстої кишки, КТ) є основними методами діагностики ушкоджень діафрагми. Лікування: при розриві та пораненні діафрагми показана термінова операція, яка полягає в ушиванні дефекту окремими швами шовним матеріалом, який не розсмоктується після зведення черевних органів. У залежності від переважання симптомів супровідних ушкоджень органів черевної або грудної порожнини операцію починають з лапаро- або торакотомії.

Контрольні питання:

1. Етіопатогенетичні механізми виникнення ушкодження діафрагми.
2. Клініка ушкодження діафрагми.
3. Діагностика ушкодження діафрагми.
4. Класифікація розривів діафрагми за AAST, E. Moore.
5. Рентгенологічні ознаки розриву діафрагми.

6. Вибір операційного доступу.
7. Методика зашивання діафрагми.
8. Безпосередні та віддалені ускладнення травми діафрагми.

Тема практичного заняття №75: *Травматичні ушкодження селезінки та їх лікування. Діагностика та хірургічна тактика*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями діагностики та надання хірургічної допомоги при ушкодженнях селезінки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати ушкодження селезінки, вміти їх лікувати.

Навчальні питання:

1. Травма селезінки в контексті ізольованого пошкодження.
2. Ушкодження селезінки при множинній травмі органів черевної порожнини.
3. Класифікація пошкоджень селезінки.
4. Показання до органозберігальної операції.
5. Показання до спленектомії.
6. Особливості післяопераційного перебігу у хворих з травмою селезінки.

Короткий зміст заняття:

Причини травми селезінки. 1. Проникаюче поранення (ножове, вогнепальне). Травма селезінки може виникати при пораненні живота, середньої або нижньої частини грудної клітки. 2. Тупа травма тулуба найчастіше виникає при ДТП, при ударах, падінні з висоти. Пошкодження селезінки призводить до профузної внутрішньої кровотечі та шоку. У 5% випадків при тупій травмі розрив селезінки може бути двохмоментним. Спочатку виникає підкапсульна гематома. В результаті лізису еритроцитів підвищується осмолярність вмісту гематоми, що призводить до її збільшення і розриву капсули селезінки. Близько 75% двохмоментних розривів виникає через 1-2 тижні після первинного ушкодження і проявляється гострим шоком, який виникає внаслідок профузної внутрішньочеревної кровотечі. 3. Ятрогенна травма виникає внаслідок сильної інтраопераційної тракції за селезінкові зв'язки або неправильного положення ранорозширювача при порожнинній операції. 4. Спонтанний розрив виникає в результаті спленоменгальї різного генезу (при мононуклеозі, лейкозі, малярії). Клінічна картина визначається розвитком шоку внаслідок внутрішньочеревної кровотечі: блідість шкірних покривів, холодний піт, тахікардія, зниження артерійного тиску, падіння рівня гемоглобіну, при нагромадженні крові в піддіафрагмальному просторі – симптом „ваньки-встаньки” (посилення болю у горизонтальному положенні хворого, притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях черевної порожнини), симптоми подразнення очеревини. При пораненні грудної порожнини – ознаки пневмо- і гемотораксу. Врятувати орган вдається рідко,

лише при поверхневих і незначних травмах. При невеликих розривах капсули іноді вдається зупинити кровотечу електрокоагуляцією і накладенням гемостатичної губки, Тахокомбу®. Спленектомія – метод вибору при масивних травмах, особливо в поєднанні з пошкодженням інших органів. Показання до спленектомії: велика травма селезінки, кровотеча із розширених вен стравоходу, викликана тромбозом селезінкових вен. Останнім часом усе більше з'являється повідомлень про лапароскопічний метод операційного лікування хірургічних захворювань селезінки. Ускладнення після спленектомії: 1) ателектаз нижньої частки лівої легені (виникає часто); 2) піддіафрагмальний абсцес у поєднанні з лівобічним випітним плевритом; 3) постспленектомічний сепсис. Захворювання починається з неспецифічних симптомів, які нагадують пневмонію середньої тяжкості, потім з'являється висока гарячка, можливий шок. Для запобігання таких ускладнень обов'язковим є аутоотрансплантація шматочків видаленої селезінки у малий чепець.

Контрольні питання:

1. Топографічна анатомія селезінки.
2. Клінічні ознаки ушкодження селезінки.
3. Тяжкість травми селезінки за класифікацією РАТІ, Е. Moore.
4. Техніка виконання спленектомії.
5. Показання до імплантації фрагменту селезінки.
6. Особливості органозберігального операційного втручання.

Тема практичного заняття № 76. **Трикутники шиї. Фасціальні-клітковинні простори шиї. Шляхи розповсюдження гнійно-запальних процесів і гематом. Дренування клітковинних просторів шиї**

Навчальна мета заняття: **ознайомити лікарів-інтернів** з хірургічною анатомією трикутників шиї, фасціальні-клітковинних просторів шиї, їх практичним значенням.

Професійно орієнтована: вміти обґрунтувати найбільш раціональні розрізи для дренирування флегмон і гематом шиї, визначити анатомічні шляхи поширення гнійно-запальних процесів на шиї.

Навчальні питання:

1. Трикутники шиї та їх практичне значення.
2. Хірургічна анатомія фасцій шиї за В.М. Шевкуненко.
3. Анатомічні шляхи поширення гнійно-запальних процесів на шиї.
4. Кровопостачання, іннервація, вплив лімфи від органів шиї (щитоподібна залоза, гортань, глотка, стравохід).

Короткий зміст заняття:

Важливе значення у структурі гнійно-запальних захворювань займають нагнійні процеси з локалізацією в межах шиї – флегмони шиї, особливо їх форми, які вирізняються схильністю до важкого клінічного перебігу і розвитку численних каскадних ускладнень – сепсису, медіастиніту, черепно-мозкових ускладнень, тощо. Це пов'язано з анатомічною особливістю будови шиї – обмеженої зони, насиченої життєво-важливими структурами, магістральними судинами та клітковинними просторами, з'єднаними зі суміжними анатомічними ділянками (грудна клітка, переднє і заднє середостіння, плевральні порожнини, голова). Важливим є питання обсягу операційних втручань при флегмонах та гематомах шиї, використання відкритого та закритого способів дренивання з урахуванням можливих шляхів розповсюдження нагнійного процесу з метою попередження життєво небезпечних ускладнень.

Контрольні питання:

1. Розрізи при розкритті поверхневих і глибоких флегмон шиї.
2. Анатомічне обґрунтування розрізів для дренивання клітковинних просторів шиї.
3. Топографічна анатомія підщелепного та бокового трикутників шиї.
4. Топографічна анатомія ділянки сонного трикутника шиї.
5. Хірургічна анатомія медіального судинно-нервового пучка шиї.

Тема практичного заняття №77. *Тріщини заднього проходу. Діагностика. Методи консервативного і операційного лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати знання лікарів-інтернів з питань діагностики та лікування анальних тріщин.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати тріщини заднього проходу.

Навчальні питання:

1. Анальна тріщина: визначення, анатомічні особливості розташування.
2. Етіологія та клінічні ознаки тріщини заднього проходу.
3. Терапевтичні та хірургічні аспекти лікування анальної тріщини.
4. Профілактика утворення тріщини заднього проходу.

Короткий зміст заняття:

Анальна тріщина – це лінійний або еліпсоподібний дефект (виразка) слизової оболонки анального каналу, який виникає спонтанно. Найчастіше хворіють жінки молодого та середнього віку. Гостра анальна тріщина має форму щілини з гладкими, рівними краями, її дном є м'язова тканина сфінктера. З часом дно і краї тріщини покриваються грануляціями з фібринозним

нальотом. При тривалості захворювання більше одного місяця виникає хронічна анальна тріщина. Вона ущільнюється, по її краях розростається сполучна тканина. В ділянці внутрішнього, іноді й зовнішнього краю анальної тріщини виникають ділянки надлишкової тканини – анальні горбки. Причини виникнення анальних тріщин: 1) порушення кровопостачання анального отвору (застій крові в ділянці прямої кишки); 2) травми анального отвору при закрепах або при введенні в анальний канал сторонніх тіл; 3) геморої; 4) анатомічні особливості будови прямої кишки (у жінок анальні тріщини зустрічаються дуже часто по передній частині заднього проходу); 5) порушення інервації прямої кишки (тривалий спазм сфінктера) на тлі патології нервової системи. Симптоми гострої анальної тріщини: сильний, але нетривалий біль у задньому проході, який з'являється тільки під час дефекації і протягом приблизно 15 хвилин після неї; спазм анального сфінктера, незначна кровотеча із заднього проходу (під час дефекації, в результаті проходження щільних калових мас); затруднений акт дефекації. Симптоми хронічної тріщини заднього проходу: біль у задньому проході має більш тривалий характер і посилюється, коли хворий довгий час проводить в сидячому положенні; кровотеча із заднього проходу (особливо при запорах); виділення гною з анального проходу, „боязність” дефекації. Ускладнення при анальних тріщинах: кровотеча та анемія, гострий парапроктит, нориці прямої кишки. При гострій анальній тріщині проводять консервативне лікування. Воно полягає у нормалізації випорожнень (збільшення споживання клітковини, рідини), сидячі ванночки із ромашкою. Серед медикаментних засобів використовують препарати, які знімають спазм внутрішнього анального сфінктера (нітрогліцеринова мазь 0,2%, мазь з ніфедипіном 0,2%, ін'єкція ботокса у внутрішній сфінктер). Лікування хронічної анальної тріщини хірургічне. Основний спосіб – висічення анальної тріщини (видаляються рубцеві тканини з країв слизової і шкіри ділянки заднього проходу) та задня дозована сфінктеротомія.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення анальної тріщини.
2. Гостра і хронічна тріщини.
3. Діагностика анальної тріщини.
4. Медикаментна корекція тріщини заднього проходу.
5. Показання до хірургічного лікування.
6. Способи операційного лікування анальної тріщини: техніка, переваги, недоліки.

Тема практичного заняття №78. Ультрасонографічна та радіонуклідна діагностика захворювань печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи обстеження печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів інтерпретувати результати ультрасонографічної та радіонуклідної діагностики печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози.
2. Фізичні основи методу ультрасонографії.
3. Основні правила виконання УСГ.
4. Принципи радіонуклідної діагностики.

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 ультрасонографічного дослідження печінки є: 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 ультрасонографічного 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 ультрасонографічного дослідження підшлункової залози є: 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.

Для вивчення функціонального стану печінки найчастіше проводять радіоізотопну гепатографію із ^{131}J . Це є органоспецифічний метод дослідження поглинально-видільної функції гепатоцитів та прохідності жовчних шляхів. За своєю чутливістю перевершує майже всі біохімічні тести. Динамічне дослідження печінки протягом 1-1,5 годин дозволяє виявити мінімальні відхилення функції гепатоцитів, уточнити тип жовтяниці, розмежувати форми гепатиту, визначити прогноз захворювання у віддалені терміни після перенесеного гострого гепатиту. Для проведення гепатографії використовують будь-який багатоканальний метод радіографії. Одержані результати

представляють у вигляді трьох кривих, що відображають динаміку вмісту ^{131}J в печінці (гепатограма), крові (кліренс крові), тонкій кишці (єюнограма).

Контрольні питання:

1. Фізичні основи методу ультрасонографії.
2. Фізичні основи методу радіонуклідного дослідження печінки та підшлункової залози.
3. Показання до ультрасонографічного дослідження печінки.
4. Показання до ультрасонографічного дослідження жовчовидільної системи.
5. Показання до ультрасонографічного дослідження підшлункової залози.
6. Основні УСГ ознаки при дослідженні гепатобіліарної та панкреатичної систем.

Тема практичного заняття № 79. *Ускладнення гострого панкреатиту та їх лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи хірургічного лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватну тактику лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.

Навчальні питання:

1. Основні причини виникнення гострого панкреатиту.
2. Класифікація гострого панкреатиту та його ускладнень.
3. Види малоінвазійних операційних втручань.
4. Конвенційні методи хірургічного лікування гострого панкреатиту.
5. Сучасний алгоритм вибору тактики хірургічного лікування біліарного панкреатиту та його ускладнень.
6. Малоінвазійні методи лікування ускладнень гострого панкреатиту у віддаленому періоді (псевдокісти, нориці).

Короткий зміст заняття:

Хірургічне лікування ускладнень гострого панкреатиту може бути конвенційним або малоінвазійним (ендоскопічні черезпапілярні втручання методом ЕРХПГ та лапароскопічні). Зокрема, показаннями до хірургічного лікування біліарного набрякового панкреатиту є наявність вираженої жовчної гіпертензії, холедохолітиаз, гнійний холангіт (тепер перевагу слід надавати ЕРХПГ), а лапароскопічну холецистектомію рекомендують виконувати лише після ліквідації основних симптомів хвороби. Показаннями до раннього операційного лікування хворих із деструктивним панкреатитом є гострий післятравматичний панкреатит (при „свіжому” розриві залози – резекція дистальної частини або дронування чепцевої сумки; при панкреонекрозі, що розвинувся – панкреатикостомія з наступним панкреатокишковим анастомозом

або оклюзією частини органа. Розвиток гнійно-некротичних ускладнень (інфікований некроз, абсцес підшлункової залози) є показанням до операційного втручання, як правило, на 15-21 добу від початку захворювання. Сформований абсцес, який не вдається лікувати пункційно-дренуючим методом під УСГ контролем або ендоскопічним трансмуральним дреноуванням, розкривають і дреноують хірургічним методом. При інфікованих некрозах, в залежності від клінічної ситуації, виконують такі операційні втручання: панкреатонекрсеквестректомію із закритим дреноуванням, пролонгованою іригацією або лапаростомією або різні види резекцій залози. При некротичній формі біліарного панкреатиту показаннями до ЕРХПГ є вклинений камінь в папілі, виражена біліарна гіпертензія, критерій Ренсона більше 4 при поступленні, а холецистектомію слід виконати після стихання симптомів захворювання. При лікуванні таких ускладнень віддаленого періоду, як нориці або псевдокісти, а особливо при підтвердженні їх стійкого сполучення з протоковою системою підшлункової залози, перевагу слід надати ендоскопічному методу внутрішнього дреноування, а конвенційний хірургічний метод слід застосувати лише при неефективності малоінвазійного методу.

Контрольні питання:

1. Класифікація ускладнень гострого панкреатиту.
2. Значення інтервенційної УСГ при лікуванні ускладнених форм гострого панкреатиту.
3. Алгоритм вибору методу хірургічного лікування ускладнених форм гострого панкреатиту.
4. Порівняльні результати конвенційних та малоінвазійних методів лікування біліарного панкреатиту та його ускладнень.
5. Етапи ЕРХПГ в залежності від виявлених причин гострого біліарного панкреатиту та його ускладнень.
6. Показання до відтермінованого хірургічного втручання при ускладненнях гострого панкреатиту.
7. Покращення ефективності хірургічного лікування ускладнень гострого панкреатиту.

Тема практичного заняття №80. *Ускладнення під час операцій на жовчних шляхах*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про ускладнення, які виникають при операціях на жовчних шляхах.

Професійно орієнтована: опрацювати із лікарями-інтернами основні причини інтраопераційних ускладнень у гепатобіліарній хірургії, навчитися вибирати правильну тактику лікування та проводити профілактику їх виникнення.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія позапечінкових жовчних шляхів.
2. Відкрита холецистектомія. Види, основні етапи.
3. Лапароскопічна холецистектомія, етапи.
4. Основні інтраопераційні ускладнення відкритої та лапароскопічної холецистектомії.
5. Клінічні ознаки та діагностика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів.
6. Тактика хірурга при ушкодженні позапечінкових жовчних шляхів.
7. Профілактика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів.

Короткий зміст заняття:

Пошкодження загальної печінкової або загальної жовчної протоки – одне з найбільш тяжких ускладнень відкритої або лапароскопічної холецистектомії, рідше – інших операцій на органах черевної порожнини. Найчастіше пошкодження позапечінкових жовчних протоків відбувається в тих випадках, коли при несподіваній кровотечі з міхурової артерії хірург намагається наосліп захопити судину затискачем. У деяких випадках небезпека пошкодження загальної печінкової протоки виникає при спробі виділити протоку міхура безпосередньо до гирла. На думку більшості дослідників нема необхідності виділяти міхурову протоку до місця її впадіння в загальну печінкову протоку. При спіральному типі міхурової протоки також не слід намагатися виділити її безпосередньо до місця впадіння в загальну жовчну протоку. У таких випадках можна не тільки поранити, але й повністю пересікти печінкову або загальну жовчну протоку, що надзвичайно ускладнить подальший хід операції. Пошкодження позапечінкових жовчних протоків можливе при видаленні зморщеного жовчного міхура, коли хірург пересікає або перев'язує дещо видовжену частину бічної стінки гепатікохоледоха, думаючи, що відсікає протоку міхура. При надмірному натягуванні жовчного міхура за кишеню Гартмана гепатікохоледох складається в дуплікатуру і лігатуру накладають на загальну жовчну протоку. Якщо надмірна тракція здійснюється в краніальному напрямку, то міхур і загальна жовчна протока опиняються на одній лінії і здаються продовженням одна одної. У цьому випадку хірург замість міхурової може пересікти і перев'язати загальну жовчну протоку. Не менш небезпечною є ситуація, коли великий жовчний камінь перебуває в місці злиття міхура і загальної печінкової протоки. Нерідко такий камінь може навіть переміщатися в загальну жовчну протоку. Під час маніпуляції біля нижнього полюса каменя виявляють тонку жовчну протоку, яка помилково приймається за міхурову. Лише після виділення верхнього полюса конкременту хірург розуміє, що пересічена тонка протока насправді була загальною жовчною.

Хірургічна тактика при пошкодженні позапечінкових жовчних протоків наступна. При бічному пораненні гепатікохоледоха можна спробувати зашити отвір в стінці або дрениувати через нього протоку назовні. Якщо протока пересічена повністю – слід виконати реконструктивну операцію (гепатікоєюностомію на виключеній петлі за Ру). Реконструкційні операції на

позапечінкових жовчних протоках повинні виконувати висококваліфіковані хірурги в спеціалізованих центрах.

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія позапечінкових жовчних шляхів, трикутник Кало (Calot).
2. Відкрита та лапароскопічна холецистектомія. Види, основні етапи.
3. Інтраопераційні ускладнення відкритої та лапароскопічної холецистектомії.
4. „Небезпечна анатомія” та „небезпечна хірургія” під час холецистектомії.
5. Класифікація пошкоджень жовчних протоків за Bismuth.
6. Клінічні ознаки та діагностика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів.
7. Тактика хірурга при ушкодженні позапечінкових жовчних шляхів.
8. Профілактика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів.

Тема практичного заняття №81. *Ушкодження периферійних нервів. Діагностика, операційне лікування, реабілітація*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про діагностику та методи хірургічного лікування ушкоджень периферійних нервів.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів технічних аспектів нейрорафії.

Навчальні питання:

1. Загальні питання клініки та діагностики ураження периферійних нервів.
2. Методи операційного лікування ушкоджень нервів.
3. Реабілітація та реадaptaція хворих з травматичними ураженнями периферійних нервів.

Короткий зміст заняття:

Пошкодження периферійних нервів є частими і доволі тяжкими травмами, які зумовлюють повну або часткову непрацездатність, змушують хворих змінювати професію і нерідко стають причиною інвалідності. Пошкодження периферійних нервів можуть бути закритими і відкритими. Закриті пошкодження виникають внаслідок удару тупим предметом, при стисканні м'яких тканин, при стисканні відламками кісток, пухлиною і т. д.. Відкриті ушкодження в мирний час найчастіше виникають внаслідок поранень осколками скла, гострими ріжучими предметами. При пошкодженні периферійного нерва практично завжди виникає втрата чутливості. Втрата рухової функції виявляється у вигляді млявого паралічу м'язових груп, які інервуються гілками, які відходять від стовбура нижче рівня ушкодження нерва. Трофічні розлади виявляються стоншенням шкіри, яка стає гладкою, блискучою; тургор і еластичність її помітно знижуються. Відзначається помутніння нігтьової пластинки, на ній з'являються поперечна смугастість, заглиблення. Різні за ступенем розлади функції нервів залежать від тяжкості

його пошкодження (струс, контузія, стискання від тривалої дія джгута, фрагментами кісток, гематомою та ін., повний анатомічний перетин). Лікування. Консервативно-відновне лікування має не менш важливе значення, ніж операційне втручання на нерві. До курсу консервативного лікування додають ортопедичні, лікувально-гімнастичні заходи (масаж), фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, струми Бернара, електрофорез із новокаїном, електростимуляція імпульсним експоненціальним струмом), медикаментну терапію (вітаміни групи В, АТФ, лідаза, серта). Основними показаннями до операційного втручання на ушкоджених периферичних нервах є наявність рухових випадів, порушення чутливості і вегетативно-трофічні розлади в зоні іннервації ушкодженого нерва. Термін між травмою та операцією слід максимально скоротити. Розрізняють первинний (свіжа рана без ознак інфікування), ранній відтермінований (через 3-4 тижні) та вторинний шов нерва (від 4-6 місяців до декількох років). Найбільш сприятливим часом для втручання вважається термін до 3 місяців з дня травми і 2-3 тижні після загоєння рани. Невроліз – прецизійне висічення рубців епіневрію, що усуває компресію аксонів, сприяє поліпшенню кровопостачання нерва та відновлення провідності на даній ділянці. Епіневральний шов – найбільш простий операційний прийом, хоча і вимагає певного досвіду. Впровадження сучасної мікрохірургічної техніки при операціях на периферійних нервах дало можливість створити оптимальні анатомічні умови для відновлення функції нервів. Особливо важливо застосування мікрохірургічної техніки при операціях на змішаних нервах, де потрібне точне співставлення кінців нерва з наступним зшиванням його ідентичних пучків. Рідко, при значному діастазі між кінцями пересіченого нерва проводять його пластику. Як нерв-донор використовують зовнішній шкірний нерв гомілки.

Контрольні питання:

1. Клінічні ознаки ураження периферійного нерва.
2. Електронейроміографія у діагностиці ушкодження нерва.
3. Невроліз: визначення, показання.
4. Показання до нейрорафії.
5. Види і техніка накладання шва нерва.
6. Рання та пізня реабілітація після ушкодження нерва.

Тема практичного заняття №82. Ушкодження сухожилків. Первинний і вторинний шов та пластика сухожилків

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про пошкодження сухожилка та методи його хірургічної корекції.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів основ хірургічного лікування пошкодження сухожилка.

Навчальні питання:

1. Пошкодження сухожилка: клінічні ознаки, діагностика.
2. Методи хірургічного лікування пошкоджень сухожилка.
3. Реабілітація пацієнтів після пошкодження сухожилка.

Короткий зміст заняття:

Пошкодження сухожилків частіше бувають у спортсменів, людей важкої фізичної праці, при безконтрольному та нерегулярному занятті спортом. На першому місці за частотою виникають розриви ахілового сухожилля (приблизно 61%), далі – пошкодження проксимального і дистального сухожилля двоголового м'яза плеча (34-35%). Пошкодження сухожилля можуть бути закриті та відкриті. У хірургії розрізняють травми сухожилля-згиначів і сухожилків-розгиначів. Діагноз пошкодження сухожилля ставлять на підставі порушення функції відповідного м'яза, деформації в ділянці його розміщення. Зазвичай симптомами пошкодження сухожилля є біль, ригідність і слабкість в ділянці ураженого суглоба. Пошкодження сухожилля може супроводжуватися болючістю і почервонінням шкіри, набряком та запаленням. Для встановлення діагнозу вивчають анамнез та обставини травми, при потребі проводять рентгенобстеження, УСГ та МРТ. Хірургічне відновлення функції м'яза при повному розриві сухожилля може здійснюватися його простим зшиванням або підшиванням сухожилля відповідного м'яза до кістки в місці колишнього його прикріплення або в новому місці (тендопластика). За накладанням розрізняють первинні (в перші 24 години після порушення цілості сухожилка) та вторинні (ранні – в перші 4-6 тижнів, пізні – після 6-8 тижнів від моменту травми) шви. У пізніші терміни використовують пластику сухожилків. За способом накладання розрізняють: шви з нитками та вузлами на поверхні сухожилків, внутрішньостовбурові шви з вузлами на поверхні сухожилків або між кінцями сухожилків та комбіновані шви. Гіпсову пов'язку після операції накладають так, щоб зменшити напруження відновленого сухожилля і перешкодити дії м'язів-антагоністів. В післяопераційному періоді показані ЛФК, трудотерапія, при порушеннях кровообігу (набряк, застійні явища) – масаж проксимальних ділянок.

Контрольні питання:

1. Клінічні ознаки ушкодження сухожилка.
2. Види хірургічного шва сухожилка.
3. Показання та протипоказання до виконання первинного хірургічного шва сухожилка.
4. Метод накладання шва Ланге.
5. Техніка шва сухожилка за Кюнео.
6. Шов Блоху-Бонне-Розова.
7. Реабілітація після пошкодження сухожилка.

Тема практичного заняття №83. *Хірургічна тактика і техніка операцій при тонко- і товстокишкових норицях*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з питань операцій при тонко- і товстокишкових норицях.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватну тактику лікування кишкових нориць.

Навчальні питання:

1. Вибір терміну операції при кишковій нориці.
2. Паліативні і радикальні операції.
3. Види радикальних операцій.
4. Ускладнення операцій при кишкових норицях.

Короткий зміст заняття:

Клінічні ознаки кишкових нориць навіть однотипної локалізації досить різноманітні, тому встановити визначені строки операції дуже важко. Якщо рана з норицею очищається, зменшується в розмірах, а загальний стан хворого не погіршується термін підготовки до операції можна подовжувати аж до загоєння рани і оздоровлення шкіри навколо нориці. Якщо ж відбувається навпаки – передопераційну підготовку потрібно максимально скоротити і проводити операцію за життєвими показаннями. Паліативні операції виконують на виключення кишкової нориці. Воно може бути повним і неповним. При неповному – між привідною і відвідною петлями кишки накладають анастомоз. При повному – привідну і відвідну петлі повністю перетинають і кінці, що йдуть до нориці зашивають, і відновлюють неперервність кишки з допомогою міжкишкового анастомозу. Радикальні операції слід проводити тоді, коли нориця сформована, гнійно-запальний процес затих, стан хворого стабілізований. Радикальні операції є позаочеревинними і внутрішньоочеревинними. Пристінкова резекція кишки з норицею показана при неповних сформованих губоподібних норицях, частіше на товстій кишці. Методом вибору, де це можливо є циркулярна резекція кишки з норицею. Основною причиною негативних результатів хірургічного лікування кишкових нориць є неспроможність швів. Важливою ланкою в патогенезі ускладнень є післяопераційний парез кишки.

Контрольні питання:

1. Критерії вибору терміну операції.
2. Паліативні і радикальні операції.
3. Способи радикальних операцій.
4. Як уникнути ускладнень ?

Тема практичного заняття №84. Хірургічні методи лікування механічної жовтяниці. Показання до холедохотомії, техніка її виконання, вибір методу її завершення

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про методи хірургічного лікування механічної жовтяниці.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів техніки виконання холедохотомії, зовнішнього дренивання холедоха, накладання біліодигестивного анастомозу.

Навчальні питання:

1. Малоінвазійні методи декомпресії жовчних шляхів при механічній жовтяниці: види, техніка виконання, показання.
2. Холедохотомія: показання, техніка виконання.
3. Види холедохостомій: за Кером, Робсоном, Вишневським, Піковським, Холстедом. Лапароскопічна холедохостомія. Технічні особливості, показання.
4. Особливості догляду за хворим із холедохостоною.
5. Переваги та недоліки різних методів холедоходуоденостомій.

Короткий зміст заняття:

Хірургічні методи лікування механічної жовтяниці поділяють на традиційні (відкриті) та малоінвазійні. За термінами виконання операції поділяють на невідкладні, ранні відтерміновані (24-72 год. від моменту госпіталізації), пізні відтерміновані (більше, ніж через 3 доби від моменту госпіталізації) та планові (при хронічному перебігу жовчнокам'яної хвороби та ПХЕС без гострого приступу). До відкритих відносять холедохотомію (супра-, ретро- та трансдуоденальну) із наступним зовнішнім (за Кером, Піковським, Вишневським, Робсоном та ін.) або внутрішнім (накладання холедоходуоденонастомозу за Юрашем, Фінстерером, Шалімовим, Кіршнером) дрениванням холедоха, накладання біліо-біліарних та біліодигестивних (гепатикоєюностомія) анастомозів, трансдуоденальну папілосфінктеротомію. До малоінвазійних – черезшкірне транспечінкове дренивання жовчних протоків під контролем ультрасонографії, ендоскопічну папілосфінктеротомію та літоекстракцію, балонну дилатацію сфінктера Одді, ендобіліарне стентування.

Контрольні питання:

1. Показання та техніка виконання балонної дилатації сфінктера Одді.
2. Показання та техніка виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії.
3. Ускладнення малоінвазійних методів декомпресії позапечінкових жовчних шляхів.
4. Показання до виконання холедохотомії.
5. Техніка виконання холедохотомії.
6. Переваги та недоліки різних способів зовнішнього дренивання холедоха.

7. Ускладнення холедохотомії.
8. Технічні аспекти трансдуоденальної папілосфінктеротомії.
9. Види холедоходуоденоанастомозів та техніка їх накладання.

Тема практичного заняття №85. Хронічний апендицит. Сучасні погляди на поняття „хронічний апендицит”. Хірургічна тактика

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про хронічний апендицит і вибір адекватної тактики лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розрізняти хронічний апендицит і обрати адекватну хірургічну тактику.

Навчальні питання:

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та червоподібного відростка.
2. Клініка гострого апендициту.
3. Анамнестичні та пальпаційні ознаки хронічного апендициту.
4. Вибір лікувальної тактики при встановленні діагнозу „хронічний апендицит”.
5. Особливості операційного втручання при хронічному апендициті.

Короткий зміст заняття:

Хронічний апендицит є рідкісним, клінічно маловираженим варіантом перебігу гострого апендициту за сприятливих умов (поліетіологічне зниження імунітету, високі дози антибактерійних та протизапальних лікарських засобів, вжитих під час нападу гострого апендициту та ін.). До форм хронічного апендициту відносять хронічну апендикулярну кольку, хронічний резидуальний апендицит та хронічний рецидивуючий апендицит („холодна” стадія та стадія загострення). Рецидивуючий характер симптомів хронічного апендициту істотно ускладнює диференційну діагностику. Хірургічне втручання є найбільш ефективним способом лікування цієї патології. Під час операції з приводу хронічного апендициту слід враховувати можливе утворення зростів та фіброзні зміни, характерні для хронічного запалення.

Контрольні питання:

1. Варіанти розміщення апендикулярного відростка.
2. Симптоми хронічного апендициту.
3. Класифікація хронічного апендициту.
4. Критерії встановлення діагнозу „Хронічний апендицит”.

Тема практичного заняття № 86 *Целюліт, флегмона підшкірної клітковини*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів знання про клініку, діагностику та хірургічне лікування хворих на целюліт та флегмону підшкірної клітковини.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати целюліт та флегмону підшкірної клітковини, вміти призначати сучасне лікування.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття целюліту та флегмони підшкірної клітковини.
2. Етіологія та патогенез целюліту та флегмони підшкірної клітковини.
3. Клінічна картина целюліту та флегмони підшкірної клітковини.
4. Загальні принципи лікування.
5. Хірургічне лікування.

Короткий зміст заняття:

Целюліт (флегмона підшкірної клітковини) – це гостре гнійне запалення підшкірно-жирової клітковини та клітковинних просторів. Серед збудників захворювання переважають стафілококи та стрептококи, можуть виявлятися також інші мікроорганізми, які потрапляють у клітковину через пошкоджену шкіру, слизові оболонки або гематогенним шляхом. Целюліт може бути самостійним захворюванням, а також як ускладнення інших гнійних процесів. Окремо виділяють постін'єкційні флегмони та аденофлегмони шиї. Для клінічної картини флегмони підшкірної клітковини характерне швидке розповсюдження запалення ділянки тіла з наявною болючою припухлістю та почервонінням шкіри, високою температурою. Захворювання може супроводжуватися тяжкою інтоксикацією організму. Інколи целюліт може бути вторинним проявом остеомієліту, гнійного артриту, перитоніту. Діагностика целюліту базується на характерній клінічній картині. Консервативне лікування показано на початкових стадіях захворювання (в стадії інфільтрації). Прогресування хвороби вимагає застосування операційного втручання. При обмеженні процесу та формуванні гнійника показано його розкриття та дренивання. У подальшому проводять місцеве лікування рани. При зменшенні загальних та місцевих симптомів запалення можливе накладання ранніх вторинних швів.

Часто у вигляді целюліту може перебігати таке небезпечне захворювання м'яких тканин, як некротичний фасціїт. Цей інфекційний процес найчастіше викликають бактерії *Streptococcus pyogenes* або *Clostridium perfringens*, які уражають поверхневу і глибоку фасції і підшкірну клітковину. Діагностувати некротичний фасціїт на ранній стадії тяжко, адже основними симптомами є тільки біль і висока гарячка. Пізніше приєднуються набряк, шкіра стає щільною і болючою при пальпації. Далі внаслідок тромбозу судин шкіра набуває темно-червоного або синюшного кольору, покривається пухирями, з'являються некротичні ділянки фіолетового, багряного або чорного кольору. Уражені

фасції набувають брудно-бурого відтінку. Інфекція швидко поширюється вздовж фасціальних футлярів, по венах і лімфатичних судинах. На пізніх стадіях захворювання супроводжується значною інтоксикацією, часто розвиваються септичний шок і поліорганна недостатність.

Контрольні питання:

1. Які мікробні збудники викликають целюліт ?
2. Які мікробні збудники викликають флегмону підшкірної клітковини ?
3. Клінічні ознаки целюліту.
4. Клінічна картина аденофлегмони ший.
5. Основні принципи лікування флегмони підшкірної клітковини.
6. Некротичний фасціт, причини, клініка, діагностика та лікування

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

Назва маніпуляції	Ступінь оволодіння
Хірургічне відділення	
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 абсцесу черевної порожнини	+
Лапароскопія	++
Ph-метрія шлункового вмісту	++
Зондове годування хворих	++
Ультрасонографія судин нижніх кінцівок	+
Пункція плевральної порожнини	+++
Дренування плевральної порожнини	++
Лапароцентез. Діагностичний перитонеальний лаваж	++
Анестезіологічно-реанімаційне відділення	
Перидуральна анестезія	+
Інтубація трахеї	+++
Звільнення дихальних шляхів від сторонніх тіл. Штучне дихання	+++
Допоміжне дихання. Штучна вентиляція легень	++
Закритий масаж серця	+++
Трахеостомія (відпрацювання операції на трупах)	+++
Пункція трахеї і мікроіригація бронхіального дерева	+++
Коніотомія	++
Урологічне відділення	
Катетеризація і промивання сечового міхура	+++
Цистоскопія	++

Новокаїнова блокада сім'яного канатика	+++
Катетеризація сечоводу	+
Гінекологічне відділення	
Вагінальне обстеження	+++
Пункція заднього склепіння піхви	++
Онкологічний центр	
Пункційна біопсія пухлини	++
Мамографія	+
Травматологічне й нейрохірургічне відділення	
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	+
Поліклініка	
Місцеве знеболення при гнійних захворюваннях кисті	+++
Пункція абсцесу	+++
Рентгенологічний кабінет	
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'ютерна томографія органів черевної порожнини та заочеревинного простору	+
Магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини та заочеревинного простору	
Клінічна лабораторія	
Визначення гемоглобіну	+++
Визначення гематокриту	+++
Визначення групи та резус-приналежності крові	+++

Кабінет ендоскопії і функціональної діагностики	
Гастродуоденоскопія	++
Аноскопія	+++
Ректороманоскопія	++
Колоноскопія	+
Реовазографія	++
Капіляроскопія	++

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

Назва втручань	Ступінь оволодіння
Хірургічне відділення	
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 защемленій грижі	+++
Ентеротомія	++
Резекція кишки	++
Ілеотрансверзостомія	++
Гастротомія. Прошивання варикозно-розширених вен кардіального відділу стравоходу	+
Цеко-, трансверзо-, сигмостомія	++
Інтубація кишки	++
Роз'єднання зростів при злуковій кишкової непрохідності	++
Лапаротомія при перитоніті, 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 білідигестивного анастомозу	+
Дуоденотомія, папілотомія, папілопластика	+

Дренування чепцевої сумки при панкреатиті	++
Секвестректомія, резекція хвоста підшлункової залози	++
Дренування заочеревинного простору	++
Операція при кістах підшлункової залози: марсупіалізація, внутрішнє дренування	+
Ампутація кінцівок	++
Резекція шлунка за Більрот I	+
Резекція шлунка за Більрот II	+
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	++
Урологічне відділення	
Епіцистостомія	++
Операції при водянках яєчка і сім'яного канатика	++
Операції при варикозному розширенні вен сім'яного канатика	++
Зашивання рани сечового міхура	++
Розкриття паранефриту	++
Гінекологічне відділення	
Видалення маткової труби при порушеній позаматковій вагітності	+++
Видалення кісти яєчника	+++
Клиновидна резекція яєчника	+++
Онкологічний центр	
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	+
Травматологічне і нейрохірургічне відділення	
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	++
Поліклініка	
Розкриття карбункула, гідраденіту	+++
Розкриття абсцесу	+++
Операції при підшкірному, шкірному панариціях, пароніхії	+++
Операції при сухожилковому і кістковому панариціях	++
Розкриття гнійників кисті	++
Видалення доброякісних пухлин м'яких тканин (ліпоми, фіброми)	+++
Видалення доброякісних пухлиноподібних утворів м'яких тканин (атероми, гігроми)	+++
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'язувальній, 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-епідемічного режиму хірургічних відділень;
- основи фармакотерапії (зокрема антибіотико- та гормонотерапії), основи імунології, антибіотикопрфілактики в хірургії
- клінічні симптоми 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 дрениванням;
- 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 дренивання 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., Удербаяев 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., Рудаков С.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: «ГЭОТАРМедиа», 2007. – 761 с.
33. Гостищев В.К.Гастродуоденальные 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: учебный 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 торакальной хирургии. – 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 поврежденных 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 Vettoreto // 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. — 11th 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. Nicolaides A.N. Prevention and treatment of venous thromboembolism. International Consensus Statement. Guidelines according to scientific evidence / A.N. Nicolaides, 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. 7th 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.