

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



Методичні розробки практичних занять

(частина третя)

Львів – 2019

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

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

Рецензенти:

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

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

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

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ
Тематичний план практичних занять для здобувачів PhD
за спеціальністю "Хірургія"

№	вид	ТЕМА	год.
1.	прак	Антибактерійна терапія, імунокорекція, нутріційна підтримка, інтенсивна терапія сепсису	4
2.	прак	Види операцій на артеріях кінцівок при їх емболії та гострому тромбозі. Показання до ампутації кінцівки	4
3.	прак	Гострий тромбофлебіт системи верхньої та нижньої порожнистих вен	4
4.	прак	Діафрагмальні грижі та їх види	4
5.	прак	Клініка і диференційна діагностика синдрому діабетичної стопи. Особливості лікування	2
6.	прак	Клініка і діагностика варикозно-розширених вен нижніх кінцівок	4
7.	прак	Клініка і діагностика ушкоджень паренхіматозних органів при тупій травмі живота. Хірургічна тактика. Особливості двомоментного розриву селезінки.	4
8.	прак	Клініка, диференційна діагностика облітеруючого ендартеріїту, облітеруючого тромбангіїту та облітеруючого атеросклерозу	4
9.	прак	Клініка, діагностика і лікувальна тактика при ушкодженнях передньої черевної стінки	4
10.	прак	Клініка, діагностика і лікування тромбофлебіту і флеботромбозу нижніх кінцівок	4
11.	прак	Консервативні і хірургічні методи лікування облітеруючих захворювань артерій кінцівок	4
12.	прак	Консервативні та хірургічні методи лікування варикозно-розширених вен нижніх кінцівок. Методи ендотермальних втручань	4
13.	прак	Лапароскопічна холецистектомія при гострому холецистит	4
14.	прак	Лапароскопічна холецистектомія при хронічному холецистит	4
15.	прак	Лапароскопічні втручання на шлунку і стравоході	4
16.	прак	Лапароскопічні операції на ободовій та прямій кишці	4
17.	прак	Лапароскопія в ургентній абдомінальній хірургії	2
18.	прак	Малоінвазійна герніологія	4
19.	прак	Малоінвазійні втручання при діафрагмальних грижах та гастроєзофагеальній рефлюксії хвороби	4
20.	прак	Медіастиніт. Етіологія. Клініка та діагностика. Методи дренивання середостіння	4
21.	прак	Нові напрямки малоінвазійної хірургії: роботохірургія, NOTES, Single Port Surgery. Хірургія "одного дня"	4
22.	прак	Особливості діагностики та хірургічної тактики при заочеревинних гематомах	4
23.	прак	Особливості клініки, операційної ревізії черевної порожнини та хірургічної тактики при травмах тонкого та товстого кишківника	4
24.	прак	Показання та операційні втручання у хворих з токсичним зобом	2
25.	прак	Причини, клініка і діагностика емболії та гострого тромбозу артерій кінцівок	4
26.	прак	Реакція організму на травму. Травматична хвороба	4
27.	прак	Способи відновлення прохідності кровоносних судин при травмі	4

28.	прак	Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту та їх діагностика. Ускладнення. Консервативне і операційне методи лікування	4
29.	прак	Тромбоемболія легеневої артерії. Причини, форми, діагностика. Невідкладна допомога і лікування (консервативне, хірургічне)	4
30.	прак	Ускладнення під час операції на щитоподібній залозі та їх попередження. Особливості післяопераційного періоду у хворих з тиреотоксикозом. Післяопераційні ускладнення.	2
31.	прак	Хірургічні аспекти лікування сепсису	4
		Всього	120

Тема практичного заняття №1. *Антибактерійна терапія, імунокорекція, нутриційна підтримка, інтенсивна терапія сепсису*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів знання з питань антибактерійної терапії, імунокорекції, нутриційної підтримки та інтенсивної терапії в комплексному лікуванні сепсису.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати антибактерійну терапію, інтенсивну терапію, проводити імунокорекцію та нутриційну підтримку у хворих зі сепсисом.

Навчальні питання:

1. Основні принципи лікування сепсису.
2. Антимікробна терапія сепсису. Планування етіотропної терапії сепсису.
3. Імунокорекція порушень, які виникають при сепсисі.
4. Інтенсивна інфузійно-трансфузійна терапія сепсису.
5. Нутриційна підтримка у хворих на сепсис.

Короткий зміст заняття:

Головним завданням у лікуванні сепсису є ефективний вплив на мікробні збудники, який досягається завдяки застосування комплексу заходів, які включають хірургічне втручання, раціональну антибактерійну терапію, детоксикацію та імунотерапію, корекцію водно-електролітних та білкових порушень, збалансоване висококалорійне харчування, симптоматичне лікування. Застосування антибіотиків є обов'язковим компонентом у лікуванні сепсису. Емпіричну терапію призначають враховуючи характер первинного вогнища інфекції, функціонального стану печінки, нирок та імунного статусу хворого. Серед фармзасобів емпіричної антибіотикотерапії, які істотно впливають на умовно-патогенну флору та збудників шпитальної інфекції є цефалоспорини III-IV поколінь, фторохінолони, аміноглікозиди, карбапенеми. Цілеспрямована антибактерійна терапія можлива після виділення збудника і визначення його чутливості до антибіотиків, тобто через 48 год. При цьому слід застосовувати максимально допустимі вікові дози антибактерійних препаратів у поєднанні з найбільш близьким та швидким підведенням їх безпосередньо до осередку ураження. Тривалість антибіотикотерапії визначається у кожному конкретному випадку залежно від тяжкості стану хворого, вираженості ознак інтоксикації, характеру хірургічної інфекції, а також характеру мікробної флори. Застосування внутрішньовенного введення імуноглобулінів (IgG і IgG + IgM) для терапії тяжкого сепсису та септичного шоку є єдиним ефективним методом імунокорекції, що підвищує виживання. Доцільність включення внутрішньовенних імуноглобулінів пов'язана з можливістю обмежувати надмірну дію протизапальних цитокінів, підвищувати кліренс ендотоксину, усувати анергію, посилювати ефект β-лактамних антибіотиків. Підтримка життєдіяльності організму, запобігання розвитку та усунення поліорганної

дисфункції неможливі без проведення цілеспрямованої адекватної інфузійно-трансфузійної терапії, основними напрямками якої є: відновлення та підтримання нормоволемії та стабільності гемодинаміки; підтримка адекватного рівня колоїдно-осмотичного тиску плазми; відновлення мікроциркуляційних порушень; оптимізація транспорту кисню до клітин; запобігання активації каскадних систем і гіперкоагуляції. Адекватна нутриційна підтримка у хворих на сепсис є обов'язковою складовою стандартної інтенсивної терапії, при цьому перевага надається ентеральному зондовому харчуванню як найбільш безпечному виду штучного харчування. У випадках, коли ентеральне харчування неможливе, необхідно призначати парентеральне харчування. Перевагу необхідно надавати імуномодулювальним дієтам, які включають такі важливі інгредієнти як глютамін, аргінін, нуклеотиди, таурин, омега-3-жирні кислоти та ін. Для профілактики ускладнень необхідно використовувати прокінетики.

Контрольні питання:

1. Поняття „емпірична” та „раціональна” антибіотикотерапія.
2. Поняття „ескалаційна” та „деескалаційна” антибіотикотерапія.
3. Антибіотикотерапія сепсису, зумовленого метицилін-резистентними штамми *Staphylococcus aureus* (MRS).
4. Критерії тривалості антибіотикотерапії у хворих на сепсис.
5. Фармзасоби для імунокорекції у хворих на сепсис.
6. Критерії ефективності інфузійної терапії у хворих з важкою формою сепсису.
7. Група колоїдних інфузійних препаратів, найбільш ефективна у відновленні ОЦК та стабілізації гемодинаміки у хворих на сепсис.
8. Вплив часу (від початку захворювання) застосування нутриційної підтримки при сепсисі на її ефективність.
9. Добова потреба у калоріях, білках, вуглеводах та ліпідах хворого на сепсис.

Тема практичного заняття №2. ***Види операцій і показання до їх виконання при тиреотоксикозі***

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів-інтернів знання про тиреотоксикоз, показання до операційного лікування токсичної аденоми і дифузного токсичного зоба.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів визначати показання до операційного лікування при тиреотоксикозі і вибрати його обсяг в залежності від наявної патології.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття „тиреотоксикоз”.
2. Захворювання ЩЗ, які супроводжуються тиреотоксикозом.
3. Консервативне лікування тиреотоксикозу.

4. Показання до операційного лікування хворих на тиреотоксикоз.
5. Види операцій при тиреотоксикозі.

Короткий зміст заняття:

Тиреотоксикоз – це функціональні та органічні зміни в органах і системах організму, зумовлені тривалим підвищенням рівня тиреоїдних гормонів у крові. Цей синдром може бути наслідком дифузного або багатовузлового токсичного зоба, функціональної автономії ЩЗ (в осіб літнього і старечого віку), аденоми гіпофіза, яка продукує тиреотропний гормон або деструктивної фази аутоімунного або підгострого тиреоїдиту. Лікувальна тактика при тиреотоксикозі визначається характером патологічного процесу. Консервативне лікування тиреотоксикозу показано на ранніх стадіях дифузного токсичного зоба і передбачає призначення тиреостатиків, β -блокаторів, седативних препаратів, симптоматичних засобів. При його неефективності протягом 6-8 місяців (нестійкі ремісії, часті рецидиви тиреотоксикозу) показано операційне лікування. При ствердженні діагнозу токсичної аденоми (функціональна автономія ЩЗ) лікування лише операційне. Існує метод деструкції тканини ЩЗ радіоактивним йодом, але в нашій країні використовується рідко. При дифузному токсичному зобі виконують переважно тиреоїдектомію, дуже рідко – гранично субтотальну резекцію залози із залишенням декількох грамів паренхіми по бокових поверхнях трахеї. При ствердженні токсичної аденоми – видалення частки ЩЗ із аденомою – гемітиреоїдектомія.

Контрольні питання:

1. Визначення терміну „тиреотоксикоз”.
2. Патологічні процеси і захворювання ЩЗ, що супроводжуються тиреотоксикозом.
3. Консервативне лікування тиреотоксикозу.
4. Показання до хірургічного лікування тиреотоксикозу.
5. Обсяг операційного втручання і його види при тиреотоксикозі.

Тема практичного заняття №5. *Гострий тромбофлебіт системи верхньої та нижньої порожнистих вен*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з питань діагностики артерійної оклюзії, тактики лікування гострих тромбозів та емболій.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити диференційну діагностику тромбозу та емболії, артерійної та венозної оклюзії, обирати оптимальне операційне втручання при різних формах артерійної оклюзії.

Навчальні питання:

1. Анатомічна будова артерій великого кола кровообігу.
2. Механізм тромбоутворення, порушення кровообігу та системи зсідання крові.
3. Фізикальні методи обстеження хворих та основні симптоми гострої ішемії кінцівки.
4. Рентгенологічні методи дослідження патології магістральних артерій та їх ускладнення.
5. Операційні втручання при оклюзійних захворюваннях периферійних артерій.

Короткий зміст заняття:

Емболія – це найчастіша форма гострої артерійної непрохідності. У 90-95% хворих причиною емболії артерій великого кола кровообігу є захворювання серця: ревматичні вади, постінфарктний кардіосклероз і аневризми серця, септичний ендокардит, гострий інфаркт міокарда. Майже у 75% хворих відзначається миготлива аритмія. За частотою ураження домінують стегова артерія – 41%, клубові артерії – 18,2%, біфуркація аорти – 15,3%, підключичні артерії – 10,4%, артерії гомілок – 5,8%, плечові артерії – 4,7%, пахвові артерії – 1,9%. Основний метод лікування емболії аорти та периферійних артерій – хірургічний, спрямований на відновлення кровоплину у пацієнтів, у яких нема абсолютних протипоказань до операції. До останніх відносяться: агональний стан або гангрена кінцівки. Відносними протипоказаннями є: ішемія напруження або I ступеня у хворих похилого віку з важкими супровідними захворюваннями, емболія дистальних відділів верхньої або нижньої кінцівки, емболія верхньої кінцівки з відносною компенсацією кровообігу і важким загальним станом. При хірургічному лікуванні операцією вибору є емболектомія. Найкращі результати досягають у ранні терміни розвитку емболії. Це пов'язано з тривалістю ішемії тканин, у яких можуть розвинути незворотні зміни. Орієнтиром тяжкості ішемії кінцівки є: рівень оклюзії, розмір подовження тромбу, стан колатерального кровоплину та центральної гемодинаміки. Артерійний тромбоз виникає в ділянці зміненої артерійної стінки (атероматоз, ендартеріт). Оскільки гострий тромбоз частіше виникає на ґрунті атеросклеротичного ураження судини, при якому є розвинена мережа колатералей, клінічна картина захворювання не така гостра, як при емболії і період зворотніх змін ішемізованої кінцівки триваліший.

Контрольні питання:

1. Операційні доступи при емболії або гострому тромбозі артерій кінцівок.
2. Операції при оклюзії черевної аорти.
3. Операції при оклюзіях стегових артерій.
4. Операції при оклюзії підколінної артерії.
5. Операції при оклюзіях гомілкових артерій.
6. Ускладнення під час операції на артеріях.
7. Показання до повторних операцій на магістральних судинах.

8. Показання до ампутації кінцівки внаслідок гострого порушення кровообігу.

Тема практичного заняття № 11. ***Дивертикули стравоходу. Класифікація. Діагностика. Лікування***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з питань етіології, класифікації, діагностики та лікування дивертикулів стравоходу.

Професійно-орієнтовна: навчити лікарів-інтернів розпізнавати дивертикули стравоходу, обрати адекватну лікувальну тактику.

Навчальні питання:

1. Етіологія дивертикулів стравоходу.
2. Особливості класифікації захворювання.
3. Клінічний перебіг дивертикулів стравоходу.
4. Діагностичні критерії.
5. Показання до хірургічного лікування дивертикулів стравоходу.

Короткий зміст заняття:

Дивертикул стравоходу – це мішкоподібне сліпе вип'ячування стінки стравоходу. Захворювання виявляють частіше у чоловіків, у віці 40–60 років. Класифікація та клінічні ознаки захворювання залежать від механізму виникнення та розміщення дивертикула. Із діагностичних методів надають перевагу контрастній рентгеноскопії, езофагогастродуоденоскопії. Консервативне лікування спрямоване на профілактику дивертикуліту, хірургічне – показане при великих розмірах дивертикулів, тривалій затримці їжі, розвитку ускладнень. Операцією вибору є дивертикулектомія. При невеликих дивертикулах іноді проводять їх інвагінацію.

Контрольні питання:

1. Морфологічні критерії класифікації дивертикулів.
2. Особливості клінічних виявів різних форм дивертикулів.
3. Ендоскопічні та рентгенологічні методи діагностики дивертикулів стравоходу.
4. Основні види операційних втручань, показання до них.
5. Можливі післяопераційні ускладнення та їх профілактика.

Тема практичного заняття №12. ***Діагностика цукрового діабету у хірургічних хворих. Особливості передопераційного приготування та лікування хворих на цукровий діабет після операції***

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями перебігу хірургічних захворювань у хворих на цукровий діабет.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати цукровий діабет у хворих з хірургічною патологією, знати особливості передопераційного приготування і лікування таких пацієнтів після операції.

Навчальні питання:

1. Цукровий діабет як хірургічна, ендокринологічна та соціальна проблеми.
2. Особливості передопераційного приготування і лікування хворих на цукровий діабет після операції.
3. Гнійні захворювання шкіри і підшкірної клітковини, операційні втручання у хворих на цукровий діабет.
4. „Діабетична стопа” – етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

Короткий зміст заняття:

Цукровий діабет є складною соціальною, ендокринною, геронтологічною та хірургічною проблемою. За останні роки кількість хворих на цукровий діабет із загальною хірургічною патологією зросла. Причинами є соціальні, геофізичні та генетичні чинники. Цукровий діабет ускладнює перебіг хірургічних захворювань, тому діагностика становить певні труднощі. Іноді постійні гнійні захворювання шкіри та підшкірної клітковини є першою ознакою прихованої форми цукрового діабету. Складною є тактика лікування хворих з хірургічними ускладненнями цукрового діабету – „діабетичною стопою”, флегмоною або гангrenoю стопи.

Контрольні запитання:

1. Інсулінозалежний та інсулінонезалежний цукровий діабет.
2. Особливості діагностики цукрового діабету у хворих на хірургічні захворювання.
3. Вибір методу знеболення та способу операційного втручання у хворих на цукровий діабет.
4. Можливі ускладнення після загальнохірургічних операцій та післяопераційне лікування хворих на цукровий діабет.
5. Показання, обсяг та способи операційних втручань у хворих з хірургічними ускладненнями цукрового діабету.

Тема практичного заняття №13. *Діафрагмальна грижа та її види*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про діафрагмальну грижу, її види, способи лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати діафрагмальну грижу, обирати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія діафрагми та стравоходу.
2. Класифікація діафрагмальних гриж.
3. Клінічні ознаки діафрагмальної грижі.
4. Діагностична програма при діафрагмальній грижі.
5. Консервативне та хірургічне лікування діафрагмальної грижі.

Короткий зміст заняття:

Діафрагмальна грижа – це часткове переміщення органів черевної порожнини через природні отвори діафрагми, її слабкі місця або розриви у грудну клітку. Причиною виникнення природженої грижі є порушення ембріогенезу з трансформацією в аномалію розвитку діафрагми. Набута діафрагмальна грижа частіше виникає внаслідок вікової інволюції діафрагми, її опущення в людей, які ведуть переважно сидячий спосіб життя, підвищення внутрішньочеревного тиску при ожирінні, кашлі, переїданні, закрепах, метеоризмі та вагітності. Причиною ковзної грижі може бути підтягнення стравоходу догори при рефлюкс-езофагітах внаслідок інтенсивного скорочення його поздовжньої мускулатури. Як і будь-яка грижа, діафрагмальна має грижові ворота, грижовий мішок і грижовий вміст. Тканини в ділянці грижових воріт, внаслідок розтягнення і стиснення, атрофуються і склерозуються. Класифікація діафрагмальних гриж за Б.В. Петровським (1966): 1) природжені; 2) набуті; 3) післятравматичні; 4) справжні; 5) несправжні. Серед діафрагмальних гриж виділяють: грижі стравохідного отвору діафрагми, парастернальні, люмбокостальні діафрагмальні та грижі атипової локалізації. Грижі стравохідного отвору діафрагми бувають: I. Ковзні (аксіальні): 1) стравохідні; 2) кардіальні; 3) кардіо-фундальні. II. Параезофагальні: 1) фундальні; 2) антральні; 3) кишкові (тонко- й товстокишкові); 4) комбіновані кишково-шлункові грижі; 5) чепцеві. III. Гігантські грижі стравохідного отвору: 1) субтотальні шлункові; 2) тотальні шлункові. У хворих із ковзними грижами стравохідного отвору діафрагми (близько 90% діафрагмальних гриж) основні симптоми пов'язані зі шлунково-стравохідним рефлюксом. Характерним є біль за грудиною або в епігастральній ділянці. Печія є другим за частотою симптомом і пов'язана з впливом шлункового соку на слизову стравоходу внаслідок гастроєзофагального рефлюксу. Інші симптоми: відрижка, зригування, симптом „зав'язування шнурівок”. Рентгенологічні симптоми: 1) симптом „дзвону”; 2) згладжений, тупий кут Гіса; 3) зменшений або відсутній газовий міхур шлунка. Серед ускладнень ковзної грижі стравохідного отвору діафрагми частіше трапляються шлункові кровотечі, пептичні стріктури стравоходу і малігнізація. Для діафрагмальної грижі інших локалізацій найбільш небезпечним ускладненням є власне защемлення. Таку патологію грижі клінічно характеризують симптоми, властиві странгуляційній непрохідності кишок. Проте, остаточний діагноз вдається встановити лише під час операції. Лікувальна тактика у хворих з діафрагмальною грижею залежить від її локалізації. У пацієнтів з ковзною грижею стравохідного отвору

діафрагми методом вибору є консервативна терапія. Показаннями до хірургічного лікування ковзної грижі стравохідного отвору діафрагми є виражені клінічні симптоми, зниження працездатності, неефективність консервативної терапії, кровотеча, пептична стриктура, малігнізація. При лікуванні грижі стравохідного отвору діафрагми зараз використовують різні типи лапароскопічної пластики грижі з фундоплікацією (найчастіше за Ніссеном).

Контрольні питання:

1. Клінічна анатомія стравоходу і діафрагми.
2. Класифікація діафрагмальних гриж.
3. Грижі стравохідного отвору діафрагми: класифікація, діагностика, клінічні ознаки, сучасні методи консервативного лікування.
4. Основні види операційних втручань при діафрагмальній грижі.
5. Типи фундоплікацій.

Тема практичного заняття №14. Ендемічний та вузловий зоб, їх клініка та діагностика. Показання до операції. Види і обсяг операцій

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про ендемічний та вузловий зоб, їх клінічні ознаки, діагностику, показання до операційного лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати ендемічний та вузловий зоб, визначати показання до операційного лікування.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття „ендемічний зоб”, „вузловий зоб”, їх спільні ознаки та відмінності.
2. Клінічні ознаки ендемічного та вузлового зоба.
3. Діагностування ендемічного та вузлового зоба.
4. Показання до операційного лікування ендемічного та вузлового зоба.
5. Обсяг операції при ендемічному і вузловому зобі.

Короткий зміст заняття:

Ендемічний зоб – це захворювання щитоподібної залози (ЩЗ), яке зустрічається в біогеохімічних регіонах із недостатнім вмістом йоду в навколишньому середовищі. Макроскопічно зоб поділяють на дифузний, вузловий та мішаний. ЩЗ у хворих на ендемічний зоб здебільшого має багатовузловий або мішаний характер, лише в невеликій кількості хворих спостерігають її дифузне збільшення. Вузловий зоб пальпується у вигляді неболучої горбистої пухлини з чіткими контурами, яка має гладку поверхню, не зрощена з оточуючими тканинами і зміщується при ковтанні. Особливості клінічного перебігу ендемічного і вузлового зоба зумовлені його формою,

ступенем збільшення ЩЗ, її функціональним станом та локалізацією. Проводять диференційну діагностику ендемічного і вузлового зоба з хронічним аутоімунним тиреоїдитом Хашімото, фібропластичним зобом Ріделя, боковими і серединними кістами ший, ліпомами й іншими пухлинами. Найбільш інформаційним, доступним і поширеним методом діагностики захворювань ЩЗ є ультрасонографія. Вузол у ЩЗ розмірами ≤ 1 см є відносним показанням до операційного втручання, яке стає абсолютним при підозрі на злоякісне переродження. Медикаментне лікування застосовують при дифузному збільшенні ЩЗ без ознак стиснення органів ший. На сьогодні залишилися два основні види операцій на ЩЗ: тиреоїдектомія – при ураженні вузлами обох часток ЩЗ або раком однієї частки, і гемітиреоїдектомія – при ураженні доброякісним вузлом або вузлами лише однієї частки.

Контрольні питання:

1. Визначення поняття „ендемічний зоб”, його види.
2. Клінічні та діагностичні ознаки вузлового та дифузного ендемічного зоба.
3. Показання до операційного лікування ендемічного і вузлового зоба.
4. Основні етапи виконання гемі- і тиреоїдектомії.

Тема практичного заняття №15. *Ендоскопічний гемостаз при варикозно розширених венах стравоходу (склеротерапія, лігування). Показання до планової склеротерапії*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні ендоскопічні методи лікування кровотеч із варикозно поширених вен стравоходу.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати кровотечі із варикозно поширених вен стравоходу.

Навчальні питання:

1. Особливості венозного кровоплину у хворих на цироз печінки.
2. Епідеміологія первинних та рецидивних кровотеч у хворих на цироз печінки.
3. Ступені варикозного поширення вен стравоходу в залежності від важкості цирозу печінки.
4. Комплексна профілактика кровотечі із варикозних вузлів стравоходу.
5. Ендоскопічні способи лікування гострої кровотечі із варикозних вузлів стравоходу.
6. Показання та протипоказання до ендоскопічної склеротерапії.
7. Лігування варикозно поширених вен стравоходу.
8. Перспективні методи лікування кровотечі із варикозних вузлів стравоходу.

Короткий зміст заняття:

Варикозні вени стравоходу (ВВС) діагностують у 40% пацієнтів із цирозом печінки та у 60% із цирозом, ускладненим асцитом. У пацієнтів із цирозом печінки ризик виникнення ВВС становить 5% у кожний наступний рік. Малі ВВС, які були виявлені на первинній ендоскопії, збільшуються на 10-15% щорічно (при наростанні печінкової недостатності ще швидше). Для діагностики ВВС та шлунка після встановлення діагнозу цирозу печінки рекомендують скринінгову езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) (клас Па, рівень С). При ЕГДС ВВС слід поділяти на малі або великі (>5 мм); остання класифікація пропонує застосовувати трьохступеневий поділ: на малі, середні і великі, середні підлягають такому самому лікуванню, як і великі. Слід звертати увагу на наявність або відсутність червоних знаків на ВВС (клас Па, рівень С).

Ефективної профілактики виникнення ВВС нема. β -блокатори дещо зменшують перетворення малих вузлів (до 5 мм) у великі. Первинна профілактика полягає у запобіганні кровотечі з ВВС у пацієнтів, які ще її не мали. Ендоскопічний гемостаз на висоті кровотечі із ВВС є методом вибору інвазійного лікування. Вторинне запобігання кровотечі – це зменшення ризику повторної кровотечі у пацієнтів, які вижили після першої кровотечі. Для цього застосовують ендоскопічне лігування (ЕЛ) або склеротерапію (ЕС). Перевагу надають ЕЛ, яке має більшу ефективність, потребує значно меншої кількості ендоскопічних втручань для повної ерадикації ВВС та має суттєво меншу кількість ускладнень. Комплексний лікувальний алгоритм із застосуванням консервативних заходів (β -блокатори, антибіотикопрфілактика) та ендоскопічної повної ерадикації ВВС (оптимально ЕЛ) є методом вибору первинної та вторинної профілактики кровотечі із ВВС та шлунка (ЕС двокомпонентним фібриновим клеєм) і зменшує ризик повторної кровотечі на 70% упродовж двох наступних років після лікування.

Контрольні питання:

1. Ступені тяжкості цирозу печінки за Child-Pugh.
2. Методи первинної і вторинної профілактики кровотечі із варикозно поширених вен стравоходу.
3. Методи ендоскопічного лікування гострої кровотечі із варикозно поширених вузлів стравоходу.
4. Показання, протипоказання та метод ендоскопічної склеротерапії ВВС.
5. Показання, протипоказання та метод ендоскопічного лігування ВВС.
6. Лікування і профілактика кровотечі із варикозно поширених вен шлунка.
7. Ендоскопічне стентування, як перспективний метод лікування гострої кровотечі із ВВС.

Тема практичного заняття №16. *Ендоскопічні методи лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки та її ускладнень. Показання, ускладнення*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про ендоскопічні методи лікування виразкової хвороби шлунка і 12-ти палої кишки та її ускладнень.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати виразкову хворобу шлунка і 12-ти палої кишки та її ускладнень за допомогою ендоскопічних методів лікування.

Навчальні питання:

1. Класифікація ускладнень виразкової хвороби шлунка і 12-ти палої кишки.
2. Ступені виразкової кровотечі за Forrest.
3. Показання і протипоказання до ендоскопічного лікування виразкової кровотечі.
4. Методи ендоскопічного гемостазу.
5. Поняття „динамічна ендоскопія”.
6. Значення ендоскопічних методів лікування рецидивної кровотечі.
7. Ендоскопічні методи лікування виразкового стенозу.
8. Організація невідкладної ендоскопії в сучасній клініці та її взаємодія з хірургічним підрозділом.

Короткий зміст заняття:

Проблема лікування шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) виразкового генезу залишається актуальною дотепер. Це пояснюється тим, що у 10-30% пацієнтів хронічні виразки 12-ти палої кишки і в 23% пацієнтів виразки шлунка ускладнюються кровотечами, до 20% хворих гастроентерологічного та хірургічного профілю – це пацієнти із грижами стравохідного отвору діафрагми, які часто ускладнюються кровотечею (ерозивно-геморагічні ускладнення, виразки Камерона). Загальна летальність при ШКК залишається доволі високою (8-19%), досягаючи 16-36% у пацієнтів похилого віку, післяопераційна летальність сягає 45%. Стрімкий розвиток лікувальної ендоскопії верхніх відділів травного каналу за останні десятиріччя суттєво змінив тактику лікування цієї важкої категорії пацієнтів. Активна хірургічна тактика стала більш диференційованою, а в клініках із цілодобовою ендоскопічною службою – активно-вичікувальною. Вирішальне значення, як у прогнозуванні, так і в обґрунтуванні консервативного лікування кровотечі, відіграє ендоскопія. Ендоскопічні методи гемостазу особливо ефективні при поєднанні фізичних та механічних кровоспинних методів. Одним із обов’язкових методів післяопераційного лікування є ендоскопія у динаміці, особливо при нестабільному гемостазі. Тепер широко використовують ендоскопічну класифікацію виразкових кровотеч за Форрестом (J. Forrest, Гурзуф, 1998): F-1A – струменева (пульсуюча артеріальна) кровотеча із виразки;

F-1B – капілярна кровотеча (підтікання крові з виразки); F-1C – підтікання крові з-під тромба, згуска; F-2A – тромбовані судини крупного калібру на дні виразки („висячий” тромб); F-2B – фіксований згусток (синюшний, червоний, коричневий, чорний, „сидячий тромб”); F-2C – мікротромби (дрібні тромбовані судини, „сіль з перцем”); F-3A – виразковий дефект під шаром фібрину; F-3B – виразковий дефект без фібрину (сіре дно); F-4 – джерела кровотечі не знайдено. Ефективним методом лікування виразкових суб- та некомпенсованих стенозів воротаря є поєднання багатокomпонентної консервативної терапії з етапною балонною дилатацією.

Контрольні питання:

1. Клінічне визначення ступеня крововтрати.
2. Показання та протипоказання до ендоскопічного лікування виразкової кровотечі.
3. Класифікація методів ендоскопічного гемостазу.
4. Етапи ендоскопічного гемостазу в залежності від виявленого джерела кровотечі, комбінований гемостаз.
5. Класифікація виразкової кровотечі за Форрестом.
6. Передопераційне приготування та особливості післяопераційного періоду у пацієнтів із гострою шлунково-кишковою кровотечею.
7. Метод прогнозування рецидиву кровотечі після ендоскопічного гемостазу.
8. Показання до хірургічного лікування шлунково-кишкової кровотечі та виразкового стенозу.

Тема практичного заняття №17. *Клініка і діагностика тиреотоксикозу*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клінічні ознаки тиреотоксикозу, захворювання щитоподібної залози (ЩЗ), які супроводжуються тиреотоксикозом, про сучасні методи діагностики.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розрізняти клінічні ознаки тиреотоксикозу, вміти визначати захворювання ЩЗ, які спричинили появу тиреотоксикозу, диференціювати його з іншими захворюваннями.

Навчальні питання:

1. Клінічні ознаки тиреотоксикозу.
2. Інструментальні дослідження ЩЗ.
3. Гормональні дослідження ЩЗ.
4. Встановлення причини, ступеня тяжкості тиреотоксикозу, глибини функціональних розладів ЩЗ.
5. Диференційна діагностика тиреотоксикозу.

Короткий зміст заняття:

Основні клінічні ознаки тиреотоксикозу характеризуються розладами серцево-судинної системи (тахікардія, порушення серцевого ритму, серцева недостатність), нервової системи (дратівливість, емоційна лабільність, порушення сну), порушеннями функції шлунково-кишкового тракту, змінами шкіри і підшкірної клітковини, очними симптомами, місцевими змінами. При тиреотоксикозі слід встановити його причину, визначити глибину функціонального розладу ЩЗ, визначити ступінь важкості тиреотоксикозу і порушення діяльності органів і систем організму. Із додаткових методів обстеження надають перевагу ультрасонографії ЩЗ, радіоізотопному дослідженню – сцинтиграфії ЩЗ (рівномірність і ступінь поглинання радіоактивного йоду ЩЗ, виявлення тиреоїдпродукуючої тканини поза ЩЗ). Важливе значення в діагностиці тиреотоксикозу мають гормональні дослідження функції ЩЗ: визначення рівнів тиреотропного гормону гіпофіза (ТТГ), тироксину (Т₄), трийодтироніну (Т₃), антитіл до тиреоїдної пероксидази. При низькому рівні ТТГ слід думати про дифузний або багатовузловий токсичний зоб, функціональну автономію – токсичну аденому. При високому рівні ТТГ і високих показниках Т₃ і Т₄ – про ТТГ-продукуючу аденому гіпофіза.

Контрольні питання:

1. Клінічні ознаки тиреотоксикозу: розлади серцево-судинної, нервової систем та функції шлунково-кишкового тракту.
2. Клінічні вияви тиреотоксикозу: зміни шкіри і підшкірної клітковини, очні симптоми, місцеві зміни.
3. Інструментальні методи дослідження ЩЗ при тиреотоксикозі.
4. Гормональні дослідження функції ЩЗ.
5. Диференційна діагностика тиреотоксикозу.

Тема практичного заняття №18. ***Клініка і діагностика ушкоджень паренхімних органів при тупій травмі живота. Хірургічна тактика. Особливості двохмоментного розриву селезінки***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про ушкодження паренхімних органів при тупій травмі живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати правильну хірургічну тактику у постраждалих із пошкодженнями паренхімних органів при тупій травмі живота.

Навчальні питання:

1. Поняття „тупа” та „проникаюча” травма.
2. Клінічна класифікація ушкоджень органів черевної порожнини.
3. Клінічна анатомія паренхімних органів черевної порожнини.
4. Основні причини ушкодження паренхімних органів.

5. Принципи діагностики тупої травми живота.

6. Види розривів селезінки.

Короткий зміст заняття:

Ушкодження паренхімних органів черевної порожнини та заочеревинного простору найчастіше буває при тупій травмі живота, стисканні тулуба під час автокатастрофи, при падінні з висоти, обвалах і т.д. Пошкодження печінки, селезінки, підшлункової залози і нирок можуть виникнути при тупих травмах грудної клітки, особливо її нижніх відділів з переломом ребер. Особливу небезпеку становлять розриви паренхімних органів, які часто призводять до смертельно небезпечної кровотечі. Ознаками внутрішньої кровотечі є блідість, слабкість, спрага, перкуторно визначається наявність рідини в животі, яка переміщується при зміні положення тіла, частий пульс слабого наповнення, прискорене і поверхневе дихання без участі м'язів передньої черевної стінки, напівнепритомність. Для розриву селезінки характерний симптом „ваньки-встаньки”. Біль при розриві печінки часто іррадіює в праву лопатку та плече. При внутрішній кровотечі рівень гемоглобіну і артерійний тиск знижуються. Заочеревинні крововиливи можуть бути різної величини: від незначних місцевих гематом до обширних крововиливів, які розповсюджуються заочеревинно аж до лона. Найчастішою причиною заочеревинної гематоми є розрив нирки. При цьому в проекції нирки завжди виникає біль, часто відзначається випинання в поперековій ділянці внаслідок утворення гематоми. Виявляють позитивний симптом Пастернацького, гематурію різної інтенсивності. Всі дослідження при пошкодженнях паренхімних органів живота концентруються головним чином на діагностиці внутрішньочеревної кровотечі та перитоніту. Клінічне дослідження полягає у пальпації, перкусії, аускультатії, контролю функції кровообігу. Як правило, є клінічні ознаки гострого живота, основними симптомами якого є біль при пальпації, захисне напруження м'язів, біль при припиненні натискання, відсутність перистальтики. Найважливішим критерієм пошкодження паренхімних органів є геморагічний шок із підвищенням частоти серцевих скорочень та падінням артерійного тиску (внаслідок виникнення внутрішньочеревної або заочеревинної кровотечі). Іноді, спочатку, результати дослідження черевної порожнини не мають ніяких особливостей і лише через 1-2 дні з'являються відповідні симптоми. Причиною цього можуть бути пошкодження тканин або порушення кровообігу у стінці органів, внутрішньокапсульні крововиливи, які виявляють клінічні ознаки лише через деякий час, в результаті розриву капсули та внутрішньочеревної кровотечі. Тому, при підозрі на тупу травму живота необхідно спостереження за постраждалим в умовах хірургічного стаціонару. Мінімальною програмою лабораторного обстеження повинно бути: визначення групи крові і резус-фактора; визначення концентрації гемоглобіну, гематокриту і числа лейкоцитів; стан системи зсідання крові та аналіз сечі. Ультрасонографія тепер є стандартним методом дослідження при травмі паренхімних органів живота, із її допомогою стверджують наявність інтраабдомінальної рідини майже в 100%

випадків. УСГ дає можливість виявити субкапсульні гематоми печінки та селезінки, гематоми в черевній порожнині і заочеревинному просторі. Комп'ютерна томографія є оптимальним методом дослідження інтра- і ретроперитонеального простору. При макрогематурії рекомендують КТ нирок, за допомогою КТ у більшості випадків можна діагностувати пошкодження судин. При підозрі на травму нирки є доцільною внутрішньовенна пієлографія або ангіографія. Найчастіше для діагностики травми паренхімних органів живота використовують лапароцентез із діагностичним перитонеальним лаважем, рідше мінілапаротомію та відеолапароскопію.

Контрольні питання:

1. Клінічна класифікація ушкоджень органів черевної порожнини.
2. Клінічна анатомія паренхімних органів черевної порожнини.
3. Диференційна діагностика ушкодження паренхімних та порожнистих органів живота при травмі.
4. Основні причини ушкодження паренхімних органів, типи ушкоджень.
5. Принципи діагностики тупої травми живота.
6. Клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі.
7. УСГ-ознаки ушкодження паренхімних органів живота.
8. КТ-ознаки ушкодження паренхімних органів живота.
9. Лапароцентез та ДПЛ. Техніка виконання. Інтерпретація результатів.
10. Принципи невідкладної допомоги постраждалим із ушкодженням паренхімних органів при тупій травмі живота.
11. Постгеморагічний шок, принципи невідкладної допомоги.
12. Види розривів селезінки. Класифікація травм селезінки за Е. Moore.

Тема практичного заняття №19 ***Клініка, диференційна діагностика облітеруючого ендартеріїту, облітеруючого тромбангіїту та облітеруючого атеросклерозу***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про патогенез, клінічні ознаки та диференційну діагностику хронічної ішемії кінцівок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок, диференціювати їх з іншими захворюваннями.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогенез атеросклеротичного ураження судин.
2. Класифікація ураження артерій нижніх кінцівок за ступенем ішемії.
3. Клінічні ознаки синдрому Леріша.
4. Диференційна діагностика мультифокального атеросклерозу.

5. Сучасні методи лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок.
6. Консервативне та хірургічне лікування. Методи ендоваскулярної корекції артерійної гемодинаміки.
7. Клінічні ознаки, діагностування та лікування ендартеріїту.
8. Клінічні вияви неспецифічного аортоартеріїту.
9. Етіологія, патогенез та клінічні ознаки хвороби Рейно. Діагностика та лікування.
10. Трансатлантичний консенсус з лікування захворювань периферійних артерій (TASC II).

Короткий зміст заняття:

Основними причинами облітеруючих уражень аорти і периферійних артерій є мультифокальний атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт і тромбангіїт. При цьому найчастіше вражаються артерії нижніх кінцівок. Мультифокальний атеросклероз за частотою виникнення посідає перше місце серед захворювань черевної аорти. Це захворювання є найчастішою причиною втрати працездатності і передчасної смерті пацієнтів віком 40-45 років і старших. Облітеруючий тромбангіїт посідає друге місце за частотою ураження периферійних артерій, і на відміну від атеросклерозу, рідко спричиняє ураження аорти. На сьогодні, об'єднане визначення периферійної артерійної хвороби (ПАХ) – це домінуюче судинне захворювання, яке вражає від 3 до 10% населення, а з віком збільшується до 20% у 70-ти річному віці. Облітеруючий ендартеріїт – системна хвороба артерій, яка на відміну від облітеруючого атеросклерозу, який вражає переважно великі артерії, розпочинається з артеріол (артерій діаметром до 100 мкм) та артерій малого калібру, головним чином ніг, насамперед їх дистальних відділів – пальців та стопи. Облітеруючий тромбангіїт (хвороба Бюргера) виявляється мігруючим тромбофлебітом нижніх кінцівок з подальшим розвитком кульгавості, зниженням, а потім зникненням пульсації артерій ніг. Спочатку з'являються трофічні розлади, пізніше виникають ішемічні некрози на уражених кінцівках. Перебіг хронічний, невинно прогресуючий з можливим розвитком інфаркту міокарда, ішемічного інсульту, некрозу кишок, а також іншими ускладненнями. Ендоваскулярні втручання займають щораз більшу частку в лікуванні облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок. За рекомендацією TASC II при лікуванні оклюзійно-стенотичних уражень периферійних артерій типу А слід застосовувати ендоваскулярне лікування, типу D – хірургічне лікування, типу B та C – комбіноване лікування.

Контрольні питання:

1. Сучасні погляди на лікування облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок.
2. Профілактика облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок.

3. Сучасні рентгеноендоваскулярні способи операційних втручань при облітеруючих захворюваннях судин нижніх кінцівок.

Тема практичного заняття №20. *Клініка, діагностика і лікувальна тактика при ушкодженнях передньої черевної стінки*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про тупу і проникаючу травму передньої черевної стінки.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та вміти надати першу допомогу постраждалим з абдомінальною травмою.

Навчальні питання:

1. Клінічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Класифікація травми передньої черевної стінки.
3. Клінічні ознаки тупої абдомінальної травми.
4. Клінічні ознаки проникаючої абдомінальної травми.
5. Невідкладна допомога при травмі черевної порожнини.

Короткий зміст заняття:

Розрізняють непроникаючі та проникаючі поранення передньої черевної стінки. Клінічні ознаки закритої травми живота залежать від ступеня ураження. При забої черевної стінки, хворий відчуватиме в ділянці удару біль, який посилюється під час рухів. Ізольовані пошкодження черевної стінки можуть супроводжуватися частковим або повним розривом м'язів на більшій чи меншій відстані, крововиливом у підшкірну основу. Через дефекти розірваного м'яза випинає очеревина, і утворюється травматична грижа. Сильні пошкодження черевної стінки супроводжуються й загальними явищами: нудотою, блюванням, прискоренням пульсу і дихання, гикавкою, метеоризмом. Забій черевної стінки звичайно не вимагає особливого лікування. Під впливом спочатку холоду, а потім тепла ознаки травми зникають через кілька діб. У випадку пошкодження внутрішніх органів клінічна картина залежатиме від того, який орган травмовано – паренхімний або порожнистий. У першому випадку спостерігають різного ступеня кровотечу, у другому – перитоніт. Симптоми розриву паренхімного органа залежать від його розмірів і ступеня кровотечі. З лабораторних досліджень важливе значення має загальний аналіз крові (зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, тощо). Під час оглядової рентгеноскопії або рентгенографії живота під правим або лівим куполом діафрагми визначається вільний газ. Важливе значення при травмі живота має вчасно виконане операційне втручання.

Контрольні питання:

1. Класифікація травм передньої черевної стінки.
2. Класифікація ізольованої травми РАТІ.

3. Показання до діагностичного перитонеального лаважу.
4. Показання до діагностичної лапароскопії.
5. Показання до експлораційної лапаротомії.

Тема практичного заняття №21. *Клініка, діагностика і лікування лімфедему*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про клінічні ознаки, діагностування і лікування лімфедему.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розрізняти лімфедему, вміти обирати тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Анатомія лімфатичних судин нижньої кінцівки, їх будова та функція.
2. Причини виникнення, механізм розвитку лімфедему кінцівки.
3. Фізикальні методи обстеження хворих.
4. Консервативні та операційні методи лікування патології лімфатичної системи кінцівки.
5. Експертиза працездатності пацієнтів з лімфедемою.

Короткий зміст заняття:

Лімфедема, в перекладі з латинської мови означає набряк тканин внаслідок застою лімфи. За повідомленнями К. Fordi (1982) лімфедема зустрічається у 2,5%, а за V. Mashall (1983) – у 3% хворих з ураженням периферійних судин. Лімфедема може бути первинною, тобто зумовленою природженим недорозвиненням лімфатичних судин, і вторинною. Вторинна лімфедема розвивається внаслідок тривало існуючої варикозної або посттромботичної хвороби, після бешихи, у хворих на ожиріння, із захворюваннями серця, з онкологічною патологією. „Золотим стандартом” діагностики вважається ультрасонографічне ангіосканування судин нижніх кінцівок. Метою ультрасонографічного дослідження є встановлення факту лімфатичного набряку м'яких тканин, його поширеності, оцінка щільності тканин, що враховується при плануванні лікування хворого. Крім того, в процесі діагностики виявляються причини, які могли призвести до виникнення лімфедему. Застосовується консервативне і хірургічне лікування. Консервативне лікування включає раціональне харчування, зниження маси тіла, носіння компресійного трикотажу, призначення лімфодренажного масажу (ручного і апаратного), сечогінні препарати. Хірургічне лікування полягає в проведенні пластичних операцій, спрямованих на відновлення відпливу лімфи. За наявності трофічних змін на ногах проводиться місцеве лікування ран.

Одним із виявів лімфедему є слонова хвороба (слоновість, елефантіаз) – стійке збільшення розмірів будь-якої частини тіла (найчастіше кінцівок, калитки) за рахунок гіперплазії шкіри та підшкірної клітковини, яке викликається постійним застоєм лімфи із утворенням набряку. Причиною

хвороби часто є паразити (бругії – збудник *Brugia malayi*, філярії – *filariatoses*). Гіпертрофія призводить до зміни форми та об'єму органів, в більшості випадків відзначається ураження ніг, які збільшуються в розмірах і нагадують ноги слона. Зазвичай, лікування консервативне, спрямоване на зменшення запальних явищ, поліпшення лімфатичного відпливу з нижніх кінцівок. У тяжких випадках застосовують хірургічні втручання. На сьогодні для етіотропного лікування елефантіазу застосовують діетилкарбамазин та албендазол.

Контрольні питання:

1. Основні етіологічні чинники захворювань лімфатичних судин нижніх кінцівок.
2. Клінічні ознаки лімфедєми.
3. Клінічні та інструментальні методи обстеження хворих на лімфедєму.
4. Посиндромна діагностика захворювань лімфатичних судин нижніх кінцівок.
5. Диференційна діагностика захворювання судин нижніх кінцівок.
6. Методи консервативного та операційного лікування.
7. Слоновість – причини, клініка, лікування.

Тема практичного заняття №23. *Клініка, діагностика і лікування тромбоемболій і флеботромбозів нижніх кінцівок*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з етіології, клініки, діагностики, профілактики та лікування венозного тромбоемболізму.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів попереджати тромбоемболічні ускладнення та надавати стандартизовану допомогу пацієнтам за чинним наказом №329 МОЗ України.

Навчальні питання:

1. Складові поняття „венозний тромбоемболізм”.
2. Дистальний та проксимальний тромбоз глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок, епідеміологічне значення тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).
3. Актуальність ТЕЛА в світовому масштабі.
4. Шкали оцінки ризику венозного тромбоемболізму.
5. Профілактика ТГВ згідно наказу №329 МОЗ України у хірургічних хворих.
6. Український консенсус „Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика” 2011 року.
7. Європейські рекомендації щодо діагностики та лікування ТЕЛА.

Короткий зміст заняття:

Венозні тромбоз і емболія – одні з найтяжчих за перебігом і небезпечних ускладнень у клінічній медицині. Масивний тромб, мігруючи переважно з системи нижньої порожнистої вени до легеневої артерії, спричиняє оклюзію судин її русла, що проявляється гострою серцево-судинною та легеневою

недостатністю. Діагностика ембологенного венозного тромбозу і тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), яка не супроводжується тяжкими гемодинамічними розладами, складна з огляду на неспецифічність симптомів. У той же час, раннє виявлення ускладнення та негайне адекватне лікування хворого, як правило, дають можливість врятувати йому життя і попередити віддалені несприятливі наслідки захворювання. У кожного хворого припущення про наявність ТГВ повинне негайно бути підтверджене для визначення подальшого лікування. Аналіз анамнезу і результатів фізикальних методів дослідження для цього недостатні. Діагностичний процес слід розпочинати з оцінки клінічної ймовірності, яка повинна бути задокументованою. Для цього може бути придатною шкала або основане на результатах обстеження емпіричне судження. Діагностика рецидиву ТГВ складніша при ураженні того самого венозного сегмента, що й раніше. Готового стандарту діагностичних заходів нема. Попередні контрольні дослідження (УСГ судин, флебографія, визначення рівня D-димерів) полегшують встановлення діагнозу. Лікування ТГВ має на меті попередження виникнення ТЕЛА та посттромботичної хвороби (ПТХ). Антикоагулянтну терапію слід починати негайно, що дозволяє суттєво зменшити ризик появи ТЕЛА, препаратами вибору для початку антикоагулянтної терапії є низькомолекулярні гепарини. Хірургічна венозна тромбектомія показана за наявності симптомного ілеофemorального ТГВ та неможливості застосування прямого катетерного тромболізу.

Контрольні питання:

1. Епідеміологія венозного тромбозу.
2. Основні чинники ризику ТГВ.
3. Значення УСГ ангіосканування в діагностиці патології вен нижніх кінцівок.
4. Оцінка ризику венозного тромбозу за шкалами: J.A. Caprini, Ch. Samama, В.Ф. Саєнко та P.S. Wells.
5. Метод вибору лікування ТЕЛА: тромболітична терапія або хірургічна тромбемboleктомія.
6. Основні групи фармзасобів, які використовують для антикоагулянтної терапії, їх характеристика.

Тема практичного заняття №23. ***Клініка, діагностика і лікування ушкоджень внутрішніх органів при тупій травмі живота***

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про ушкодження внутрішніх органів при тупій травмі живота.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватну хірургічну тактику у постраждалих із пошкодженням внутрішніх органів при тупій травмі живота.

Навчальні питання:

1. Поняття „тупа” та „проникаюча” травма.
2. Клінічна класифікація ушкоджень органів черевної порожнини.
3. Клінічна анатомія паренхімних органів черевної порожнини.
4. Основні причини ушкодження внутрішніх органів.
5. Принципи діагностики тупої травми живота.
6. Перша допомога постраждалим із ушкодженням органів живота.

Короткий зміст заняття:

Ушкодження органів черевної порожнини та заочеревинного простору найчастіше буває при тупій травмі живота, стисканні тулуба під час автокатастрофи, при падінні з висоти, обвалах і т.д. Пошкодження печінки, селезінки, підшлункової залози і нирок можуть також виникнути при тупих травмах грудної клітки, особливо нижніх її відділів з переломом ребер. Особливу небезпеку становлять розриви паренхімних органів, які часто призводять до смертельно небезпечної кровотечі, а розриви порожнистих органів – до перитоніту. При розриві порожнистого органа виникає болючість в усіх відділах живота, напруження передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга; при перкусії печінкова тупість не визначається. Виникає тимпаніт над усією черевною порожниною, а в пологих місцях – притуплення внаслідок скупчення рідини. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини виявляють газ під куполами діафрагми. При прогресуванні перитоніту наростає тахікардія, з'являється здуття живота, перистальтика відсутня. Ознаками внутрішньої кровотечі є блідість шкіри, слабкість, спрага, перкуторно визначається наявність рідини в пологих місцях живота, яка переміщується при зміні положення тіла, пульс частий, слабкого наповнення, дихання поверхневе і прискорене, без участі м'язів передньої черевної стінки, пацієнт напівнепритомний. Для розриву селезінки характерний симптом „ваньки-встаньки”. Біль при розриві печінки часто іррадіює в праву лопатку та плече. При внутрішній кровотечі рівень гемоглобіну і артерійний тиск знижуються через деякий час після травми. Заочеревинні крововиливи можуть бути різної величини: від незначних місцевих гематом до обширних, які поширюються заочеревинно аж до надлобкової ділянки. Найчастішою причиною заочеревинної гематоми є розрив нирки. При цьому в проекції нирки завжди виникає біль, часто відзначається випинання в поперековій ділянці внаслідок утворення гематоми. Виявляють позитивний симптом Пастернацького, гематурію різної інтенсивності. Усі дослідження при пошкодженні органів живота зводяться, головним чином, до діагностики внутрішньочеревної кровотечі та перитоніту. Клінічне дослідження полягає у пальпації, перкусії, аускультатії, контролі функції кровообігу. Зазвичай, є клінічні ознаки гострого живота, основними симптомами якого є біль при пальпації, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, біль при припиненні натискання, відсутність перистальтики. Найважливішим критерієм пошкодження паренхімних органів є геморагічний шок із підвищенням частоти

серцевих скорочень та падінням артерійного тиску (внаслідок виникнення внутрішньочеревної або заочеревинної кровотечі). Іноді, спочатку результати дослідження черевної порожнини не мають ніяких особливостей і лише через 1-2 дні з'являються симптоми. Причинами цього можуть бути пошкодження тканин або порушення кровообігу в стінці органа, підкапсульні крововиливи, які клінічно проявляються лише згодом, в результаті розриву капсули та внутрішньочеревної кровотечі. Тому, при підозрі на тупу травму живота необхідне спостереження за постраждалим в стаціонарі. Мінімальна програма лабораторного обстеження повинна включати: визначення групи крові і резус-фактора; визначення концентрації гемоглобіну, гематокриту і кількості лейкоцитів; стан системи зсідання крові та загальний аналіз сечі. Ультрасонографія є стандартним методом дослідження при травмі паренхімних органів живота, з її допомогою підтверджують наявність інтраабдомінальної рідини практично в 100 % випадків. УСГ дає можливість виявити субкапсульні гематоми печінки та селезінки, гематоми в черевній порожнині і в заочеревинному просторі. Комп'ютерна томографія є оптимальним методом дослідження інтра- і ретроперитонеального простору. При макрогематурії рекомендують КТ нирок, за допомогою КТ у більшості пацієнтів можна діагностувати пошкодження судин. При підозрі на травму нирки рекомендують внутрішньовенну пієлографію або ангіографію. Найчастіше для діагностики травми паренхімних органів живота застосовують лапароцентез, рідше мінілапаротомію та лапароскопію.

Контрольні питання:

1. Диференційна діагностика ушкодження паренхімних та порожнистих органів живота при травмі.
2. Принципи діагностики тупої травми живота.
3. Класифікація ушкоджень органів живота за E. Moore.
4. Клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі.
5. Ультрасонографічні ознаки ушкодження паренхімних органів живота.
6. Ознаки ушкодження паренхімних органів живота за результатами КТ.
7. Лапароцентез та діагностичний перитонеальний лаваж. Техніка виконання.
8. Принципи невідкладної допомоги постраждалим із ушкодженням внутрішніх органів при тупій травмі живота.
9. Постгеморагічний шок, принципи невідкладної допомоги.

Тема практичного заняття №24. **Консервативні і хірургічні методи лікування облітеруючих захворювань артерій кінцівок**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання з питань консервативного і хірургічного лікування хронічної ішемії кінцівок, зумовленої облітеруючими захворюваннями їх артерій.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватний спосіб лікування облітеруючих захворювань артерій кінцівок.

Навчальні питання:

1. Класифікація уражень артерій нижніх кінцівок за ступенем ішемії.
2. Сучасні методи лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок.
3. Консервативне та хірургічне лікування. Методи ендоваскулярної корекції артерійної гемодинаміки.
4. Трансатлантичний консенсус з лікування захворювань периферійних артерій (TASC II).

Короткий зміст заняття:

Основними причинами облітеруючих уражень аорти і периферійних артерій є мультифокальний атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт та тромбангіїт. При цьому найчастіше вражаються артерії нижніх кінцівок. Мультифокальний атеросклероз, за частотою виникнення, займає перше місце серед захворювань черевної аорти. Це захворювання є найчастішою причиною втрати працездатності і передчасної смерті пацієнтів, старших за 40-45 років. Облітеруючий тромбангіїт займає друге місце за частотою ураження периферійних артерій, і на відміну від атеросклерозу, рідко спричиняє ураження аорти. На сьогодні, об'єднане визначення периферійної артерійної хвороби (ПАХ) – це домінуюче судинне захворювання, яке вражає від 3 до 10% населення, з віком збільшується і сягає 20 % у віці 70 років. Ендоваскулярні втручання набувають щораз більше поширення у лікуванні облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок. За рекомендацією TASC II, при лікуванні оклюзійно-стенотичних уражень периферійних артерій типу А слід застосовувати ендоваскулярне лікування, типу D – хірургічне лікування, типу B та C – комбіноване лікування.

Контрольні питання:

1. Сучасні погляди на консервативне лікування облітеруючих захворювань артерій кінцівок.
2. Профілактика облітеруючих уражень артерій нижніх кінцівок.
3. Сучасні рентгенендоваскулярні операційні втручання при облітеруючих захворюваннях артерій кінцівок.
4. Місце аутовенозного шунтування при хронічних ураженнях артерій кінцівок.

Тема практичного заняття №34. **Консервативні та хірургічні методи лікування варикозно-розширених вен нижніх кінцівок**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні методи консервативного та операційного лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати пацієнтів з варикозно-розширеними венами нижніх кінцівок.

Навчальні питання:

1. Поширення варикозної хвороби на межі ХХ-ХХІ століття.
2. Неспецифічні засоби лікування та профілактики варикозного розширення вен нижніх кінцівок.
3. Медикаментні середники лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок.
4. Операційне лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок – який метод обрати ?
5. Перспективи ендovasкулярної лазерної коагуляції, віддалені результати.
6. Взаємодія препаратів у лікуванні варикозно розширених вен нижніх кінцівок.

Короткий зміст заняття:

У пацієнтів із варикозною хворобою вен нижніх кінцівок застосовують такі методи лікування: консервативний, лігатурний, склерозуючий, ендovasкулярний коагуляційний, хірургічний. Найрадикальнішим і найефективнішим є хірургічний метод лікування. Виключно консервативного лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок не існує. Хірургічне лікування передбачає три групи методів: 1) ліквідація скидання крові з глибокої венозної системи в поверхневу (операція Троянова-Тренделенбурга, надапоневротична перев'язка перфорантних вен за Коккетом, підапоневротична перев'язка перфорантних вен за Лінтоном). 2) Видалення варикозно розширених поверхневих вен (операція Маделунга, операція Нарата, операція Беккока). 3) Виключення з кровообігу й облітерація варикозно розширених поверхневих вен (можливе застосування як допоміжного методу у комплексі з двома попередніми). 4) Екстраvasкулярна корекція клапанів вен. Ускладнення під час операції: травма стегнової і підколінної вен; травма стегнової артерії; кровотеча; травматичне пошкодження нервового стовбура. Принципи лікування після операції: активний режим, ходьба, еластичне бандажування кінцівки, медикаменти для підвищення тону судинної стінки (венотоніки). Ускладнення раннього післяопераційного періоду: обширна гематома, післяопераційний інфільтрат, нагноєння рани, флеботромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії. Пізні ускладнення після операції: рецидив варикозного розширення вен, основною причиною якого є помилки в техніці операції (не видалено основний стовбур великої підшкірної вени; довга кукса великої підшкірної вени; не перев'язані гілочки, які впадають у велику підшкірну вену в ділянці сафено-феморального гирла; не ліквідований патологічний рефлюкс крові через неспроможні перфорантні вени; артеріовенозні анастомози, подвоєння великої та малої підшкірних вен.

Контрольні питання:

1. Особливості анатомії вен нижньої кінцівки з огляду на проведення радикального операційного лікування.
2. Значення результатів флебографії та ультрасонографічного ангіосканування вен у виборі обсягу операції.
3. Хірургічне лікування патології венозної системи, не ускладненої тромбофлебітом. Показання і протипоказання.
4. Методи операційних втручань.
5. Склерозуюча терапія, ендovasкулярна лазерна коагуляція, короткий та довгий стріпінг вени.
6. Лікування після операції і профілактика ускладнень.
7. Реабілітація хворих.

Тема практичного заняття №35. *Лапароскопічні втручання на діафрагмі. Лапароскопічна герніопластика*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та діафрагмальної грижі, діагностикою та визначенням тактики лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу та діафрагмальну грижу, обирати оптимальні діагностичну і лікувальну тактику.

Навчальні питання:

1. Етіологія та клінічний перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та грижі стравохідного отвору діафрагми.
2. Консервативний, ендоскопічний і хірургічний методи лікування.
3. Лапароскопічні антирефлюксні операції при гастроєзофагеальній рефлюксій хворобі та грижі стравохідного отвору діафрагми.
4. Безпосередні та віддалені результати малоінвазійного хірургічного лікування ГЕРХ та грижі стравохідного отвору діафрагми.

Короткий зміст заняття:

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – це хронічне, поліетіологічне захворювання, спричинене ретроградним потраплянням шлункового або кишкового вмісту до стравоходу з пошкодженням його слизової в подальшому. З хірургічної точки зору ГЕРХ є недостатністю антирефлюксного бар'єру, внаслідок чого розвивається закидання шлункового вмісту у стравохід. Це механічний розлад, викликаний недостатністю нижнього сфінктера стравоходу (НСС), порушенням спорожнення шлунка або порушеною перистальтикою стравоходу. За сучасними поглядами основними складовими розвитку захворювання є НСС, ніжки діафрагми і діафрагмально-стравохідна зв'язка. Діафрагмальна грижа – це часткове переміщення органів

черевної порожнини в грудну клітку через дефекти в природніх отворах і слабких зонах діафрагми. Між м'язовими частинами діафрагми є щілини у формі трикутників, вершина яких обернена до сухожильного центру, а основа – до периферії діафрагми. Відсутність в цих ділянках м'язових волокон робить їх найслабшими місцями діафрагми, де можуть утворюватися грижі. Виділяють грудинно-реберний трикутник Ларєя, попереково-реберний трикутник Богдалека. Грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) займають більшість (90 %) серед діафрагмальних гриж. Діафрагмальні грижі поділяють на ковзні (кардіальна, кардіофундальна, субтотальна шлункова, тотальна шлункова), параезофагеальні (фундальна, антральна, шлунково-кишкова, кишкова), мішані. З метою передопераційного приготування хворим з ГЕРХ та ГСОД виконують: езофагогастроуденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, манометрію стравоходу, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту зі сульфатом барію, внутрішньостравохідну імпедансометрію. Тактика лікування: при неускладненій ГЕРХ, не асоційованій з грижею стравохідного отвору діафрагми або асоційованій з ковзною грижею I ступеня показана комплексна консервативна терапія (з обов'язковим застосуванням інгібіторів протонної помпи протягом 4-12 тижнів). Якщо комплексна довготривала підтримуюча терапія неефективна більше 2-4 місяців, є необхідність до частого застосування терапії „на вимогу” – показано операційне лікування. При наявності протипоказань до операції продовжують консервативне лікування з індивідуальним підбором доз препаратів або застосовують ендоскопічні методи лікування в комплексі з медикаментною терапією. При неускладненій ГЕРХ, асоційованій із ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми II і III ступеня і параезофагеальною грижею, а також при ГЕРХ, ускладненою „стравоходом Барретта” або пептичною стріктурою показано операційне лікування. Слід надавати перевагу лапароскопічним антирефлюксним операціям над відкритими втручаннями. Лапароскопічна антирефлюксна хірургія є ефективною у відновленні механічного бар'єру до рефлюксу з істотним поліпшенням стискання НСС і показників кислотної експозиції, вона безпечна і покращує якість життя пацієнтів.

Контрольні питання:

1. Сучасний стан і перспективи розвитку лапароскопічної хірургії стравоходу і шлунка.
2. Консервативні та ендоскопічні методи лікування ГЕРХ на противагу операційному.
3. Лапароскопічна крурорафія та фундоплікація при грижах стравохідного отвору діафрагми: ранні і віддаленні результати.
4. Лапароскопічна часткова фундоплікація на противагу повній.
5. Стравохід Барретта й антирефлюксна хірургія, поняття хромоендоскопії.
6. Віддалені результати лапароскопічної фундоплікації, порівняння з іншими методами лікування ГЕРХ.

Тема практичного заняття №24. *Лапароскопічні втручання на порожнистих органах (резекція кишки, апендектомія)*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з малоінвазивними втручаннями на порожнистих органах.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати малоінвазивні операційні втручання при патології порожнистих органів.

Навчальні питання:

1. Лапароскопічна апендектомія: техніка операції.
2. Лапароскопічні правобічна і лівобічна геміколектомії.
3. Основні принципи малоінвазивної хірургії товстої кишки.
4. Лапароскопічні втручання при кишковій непрохідності.
5. Лапароскопічні тотальна і субтотальна колектомії.
6. Лапароскопічна передня резекція прямої кишки.
7. Лапароскопічна операція при дивертикулі.

Короткий зміст заняття:

Товста кишка, довжина якої складає 130–150 см, починається після ілеоцекального переходу і закінчується заднім проходом. Характерною ознакою товстої кишки є наявність у її стінці поздовжніх тяжів (теній). Права половина товстої кишки до селезінкового згину має кровопостачання із системи верхньої брижової артерії. Дистальна частина товстої кишки отримує кровопостачання з нижньої брижової артерії.

З 80-х років ХХ ст. лапароскопічну апендектомію стали виконувати в багатьох клініках Європи та США. Вперше апендектомію з зануренням кукси апендикса в кисетний та Z-подібний шви виконав німецький гінеколог К. Semm у 1980 році. Тепер лапароскопічну апендектомію виконують лігатурним або апаратним способом, без занурення кукси. Переваги лапароскопічної апендектомії: косметичний ефект, менший післяопераційний біль, відсутність зростів після операції та менший ліжко-день.

Першу лапароскопічну правобічну геміколектомію виконав М. Jacobs у 1991 році. Застосування лапароскопічної технології в операціях на товстій кишці з кожним роком розширюється. Операції на товстій кишці поділяють на виключно лапароскопічні, лапароскопічно-асистовані та мануально-асистовані. Із постійним вдосконаленням технічного забезпечення розширюють показання до лапароскопічних втручань на товстій кишці. Серед них: а) злоякісні і доброякісні новоутвори товстої кишки; б) ускладнена дивертикулярна хвороба; в) випадіння прямої кишки; г) запальні захворювання (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона); д) реконструкційно-відновні операції. Абсолютні протипоказання до лапароскопічних операцій на товстій кишці такі самі, як до операцій на інших органах черевної порожнини. Відносні протипоказання: значно розширені петлі кишок внаслідок кишкової непрохідності, виражені зрости, ожиріння ІV ст.

Контрольні питання:

1. Передопераційне приготування хворого до операції на товстій кишці.
2. Метод виконання та переваги лапароскопічної апендектомії.
3. Метод виконання діагностичної та лікувальної лапароскопії при кишковій непрохідності.
4. Основні онкологічні принципи у лапароскопічній хірургії товстої кишки.
5. Мобілізація товстої кишки, виділення і пересічення її судин при лапароскопічній правобічній геміколектомії.
6. Метод виконання лапароскопічної лівобічної геміколектомії.
7. Застосування лінійних і циркулярних степлерів у лапароскопічній передній резекції прямої кишки.

Тема практичного заняття №25. *Лапароскопічні холецистектомія і холецистостомія. Інструменти, техніка виконання. Показання і протипоказання*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з технікою виконання лапароскопічних холецистектомії та холецистостомії, показаннями і протипоказаннями до їх виконання.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати лапароскопічні холецистектомію та холецистостомію за відповідними показаннями.

Навчальні питання:

1. Анатомічні особливості гепатобіліарної зони, варіанти впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку.
2. Варіанти артерійного кровопостачання жовчного міхура.
3. Інструменти і обладнання для лапароскопічних операцій.
4. Хірургічні аспекти виконання лапароскопічної холецистектомії.
5. Методи виконання лапароскопічної холецистектомії: французький, американський.
6. Гострий холецистит: особливості операційної техніки, ускладнення.

Короткий зміст заняття:

Серед анатомічних особливостей впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку найчастіше зустрічаються такі: 1) міхурова протока впадає в загальну жовчну позаду дванадцятипалої кишки; 2) міхурова протока самостійно впадає в дванадцятипалу кишку; 3) міхурова протока впадає в праву або ліву печінкові протоки; 4) міхурова протока впадає в загальну жовчну з лівого боку, пересікаючи її спереду або ззаду; 5) міхурова протока відсутня, ампула жовчного міхура безпосередньо переходить в загальну жовчну протоку. Варіанти артерійного кровопостачання жовчного міхура такі: 1) від правої печінкової артерії відходять дві міхурові артерії (25 %); 2) міхурова артерія відходить від

загальної жовчної артерії і пересікає жовчну протоку не ззаду, а спереду; 3) міхурова артерія відходить від лівої печінкової артерії і пересікає жовчну протоку спереду; 4) міхурова артерія відходить від черевного стовбура і пересікає жовчну протоку спереду. Перша лапароскопічна холецистектомія, виконана в 1987 році французьким хірургом Philippe Mouret, була поштовхом до швидкого розвитку малоінвазивних втручань. Існує два основних способи виконання операції: 1) французький – хірург знаходиться між ногами хворого і виконує операційне втручання двома інструментами, які знаходяться в його руках; 2) американський – хірург знаходиться ліворуч від пацієнта, працює двома руками. Спочатку, лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі була протипоказана. Проте, зі збільшенням клінічного досвіду, лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі тепер не є протипоказанням, її вважають „золотим” стандартом у лікуванні цієї патології.

Контрольні питання:

1. Вибір лікувальної тактики при гострому і хронічному холециститі.
2. Техніка лапароскопічної холецистектомії.
3. Порівняння лапароскопічного і відкритого методу холецистектомії при гострому холециститі.
4. Показання та метод виконання черезшкірної черезпечінкової холецистектомії.
5. Інтра- та післяопераційні ускладнення лапароскопічної біліарної хірургії.

Тема практичного заняття №26. *Лапароскопія в ургентній абдомінальній хірургії*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями лапароскопії в ургентній абдомінальній хірургії, видами операційних втручань.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів застосовувати лапароскопію в ургентній абдомінальній хірургії.

Навчальні питання:

1. Основні принципи невідкладної діагностичної лапароскопії.
2. Лапароскопія при гострій кишковій непрохідності.
3. Лапароскопічні операції при ускладненому дивертикулі товстої кишки.
4. Лапароскопія при тупій травмі живота.
5. Діагностична та лікувальна лапароскопія органів малої миски.

Короткий зміст заняття:

Ще у 70-х роках минулого століття, відбулася трансформація діагностичної лапаротомії в діагностичну лапароскопію. Тепер чутливість лапароскопічного діагностування гострих хірургічних захворювань сягає 97-100 %, у той час, як чутливість клінічного передопераційного діагностування

становить 50 – 70 %. У пацієнта з діагнозом „гострий живіт” невідкладна лапароскопія дозволяє діагностувати захворювання, верифікувати перитоніт, кровотечу, перфорацію тощо або заперечити хірургічну патологію і відмовитися від невідкладної операції. Специфічність діагностичної лапароскопії при травматичному ушкодженні органів черевної порожнини без уточнення топічного ураження становить 100%. Лапароскопія дозволяє верифікувати проникаюче поранення, визначити наявність ушкодження внутрішніх органів і відмовитися від обов'язкової лапаротомії при проникаючому пораненні живота. Перевагою лапароскопії є її можливість перейти від діагностичної до лікувальної і виконати холецистектомію, апендектомію, ліквідувати гостру непрохідність кишок, зашити перфораційну виразку, зупинити кровотечу, виконати адгезіолізис, санацію і дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору. Показанням до невідкладної діагностичної лапароскопії є: сумніви щодо діагнозу і потреби лапаротомії при гострих хірургічних захворюваннях і травмі живота. Протипоказанням до діагностичної лапароскопії в ургентній хірургії є агональний стан пацієнта, множинні рубці передньої черевної стінки після лапаротомій, кишкові норичі, підшкірна евентерація.

Контрольні питання:

1. Основні принципи лапароскопічної діагностики гострої хірургічної патології.
2. Передопераційне приготування хворого перед ургентною лапароскопією.
3. Етапи діагностичної лапароскопії черевної порожнини при тупій травматі живота.
4. Метод виконання діагностичної та лікувальної лапароскопії при кишковій непрохідності.
5. Показання та принципи застосування лапароскопії при перитоніті.
6. Діагностична лапароскопія при патології органів малої миски.

Тема практичного заняття №27. ***Причини, клініка і діагностика емболій та гострих тромбозів артерій кінцівок.***

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів-інтернів знання з питань діагностування і клінічних ознак емболії та гострого тромбозу артерій кінцівок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати гострі артерійні емболію і тромбоз, обирати оптимальну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Артерійна оклюзія – одне з найтяжчих і фатальних ускладнень, яке призводить до інвалідності.
2. Клінічні ознаки гострої ішемії верхньої та нижньої кінцівок.
3. Методи діагностики судинної патології.

4. Диференційна діагностика з іншими захворюваннями судин верхніх та нижніх кінцівок.
5. Вибір лікувальної тактики та обсяг хірургічного втручання.

Короткий зміст заняття:

Звуження або обтурація просвіту артерії згустком крові або емболом призводить до гострої непрохідності судини, яка супроводжується ішемією тканин, внаслідок порушення кровопостачання. Тромбоз – це патологічний стан, якому властиве утворення згортку крові в тій чи іншій ділянці судинної системи. Емболія – це перекриття просвіту артерії емболом, який є фрагментом тромбу або атеросклеротичною бляшкою, відірвалася від судинної стінки і мігрувала з потоком крові. У 92-95 % хворих причиною артерійної емболії є захворювання серця, в першу чергу, інфаркт міокарда, ускладнений тяжкими порушеннями ритму серця, гострою або хронічною аневризмою лівого шлуночка. Причиною емболії може бути внутрішньосерцевий тромбоз, який нерідко спостерігається при ревматичній мітральній ваді серця з переважанням стенозу, миготлива аритмія. Артерійна емболія виникає також при підгострому септичному ендокардиті і природжених вадах серця. Гострі артерійні тромбози та емболії діагностують шляхом ультрасонографічного ангиосканування, ангиографічного дослідження. У лікуванні застосовують ендovasкулярні втручання, реконструкційні операції на судинах та інші інтервенційні процедури.

Контрольні питання:

1. Оцінка життєздатності кінцівки в плануванні реконструкційної операції.
2. Операції при гострій артерійній емболії та тромбозі.
3. Характеристика ендovasкулярних методів постоклюзійної реперфузії.
4. Консервативна терапія у пацієнтів з критичною ішемією кінцівки.

Тема практичного заняття №28. *Сторонні тіла стравоходу і шлунка, їх ендоскопічне видалення. Ендоскопічні втручання при доброякісних і пухлинних стенозах, стриктурах верхніх відділів травного каналу*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні ендоскопічні методи діагностики і лікування органічних та неорганічних обструкцій верхнього відділу травного каналу.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати обструкції верхнього відділу травного каналу.

Навчальні питання:

1. Сторонні тіла стравоходу і шлунка.
2. Методи діагностики стороннього тіла та стенозу верхнього відділу травного каналу.

3. Ендоскопічні способи видалення стороннього тіла.
4. Методи ендоскопічного лікування стенозу і стріктури верхнього відділу травного каналу.
5. Показання і протипоказання до ендоскопічного лікування стенозу та стріктури стравоходу та шлунка.
6. Ендоскопічне стентування в лікуванні стенозу та стріктури верхнього відділу травного каналу.
7. Ускладнення ендоскопічного методу лікування стріктури верхнього відділу травного каналу.

Короткий зміст заняття:

Стороннє тіло, яке потрапляє в просвіт травного каналу, може вийти природнім шляхом або затриматися на певному рівні. Особливу небезпеку становлять гострі предмети, які можуть перфоровати стінку порожнистого органа і призвести до виникнення медіастиніту, відмежованого або дифузного перитоніту. bezoar – це стороннє тіло травного каналу, яке утворюється з волосся або інших волокон у шлунку або кишці. За класифікацією Гулорда Ш.А. розрізняють: 1) тріхобезоари, які утворюються внаслідок ковтання волосся і переважно виникають у жінок і дівчат, які мають звичку жувати волосся, найчастіше – в осіб з психічними відхиленнями. 2) Фітобезоари – виникають в результаті вживання великої кількості хурми, дикої груші, кедрових горіхів та інших рослинних продуктів. Їх основа – це рослинна клітковина. 3) Стибобезоари – виникають після пиття холодної води після споживання яловичого або баранячого жиру у великій кількості. 4) Безоари органічного походження – утворюються в шлунку при ковтанні деяких лікарських препаратів (салол), столярної політури: лаку, смоли, мінералізації згустку крові в просвіті шлунка. 5) Безоари ембріонального походження формуються із дермоїдної кісти шлунка. 6) Полібезоари можуть виникнути після потрапляння сторонніх предметів в порожнину шлунково-кишкового тракту, наприклад при осколкових пораненнях черевної порожнини. Методом вибору у видаленні стороннього тіла стравоходу та шлунка є ендоскопія. Лише при її неефективності або виникненні небезпечних для життя пацієнта ускладнень застосовують хірургічне втручання. Тепер існує багато ендоскопічних інструментів та засобів для екстракції будь-якого стороннього тіла, навіть велетенських фітобезоарів. Ефективним і безпечним є ендоскопічне лікування стенозу та стріктури стравоходу і шлунка. Ендоскопічне стентування металевими стентами, які розширюються самі, застосовують щораз ширше, як паліативний кінцевий метод лікування неоперабельних пухлин стравоходу й антрального відділу шлунка. Стріктури доброякісного генезу добре лікують ендоскопічною балонною дилатацією або встановленням тимчасових металевих стентів, які самі розширюються. Ендоскопічне лікування пацієнти добре переносять, перебувають в стаціонарі протягом декількох днів, відзначають малу кількість ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень і рецидивів.

Контрольні питання:

1. Класифікація сторонніх тіл стравоходу та шлунка.
2. Безоари, їх види.
3. Інструменти для ендоскопічної екстракції та фрагментації стороннього тіла.
4. Етапи стентування порожнистого органа.
5. Показання та протипоказання до балонної дилатації стенозу та стріктури стравоходу.
6. Особливості ендоскопічного методу лікування ахалазії стравоходу.
7. Профілактика та лікування ускладнень ендоскопічного лікування стенозу та стріктури стравоходу та шлунка.

Тема практичного заняття № 28. *Сторонні тіла та ушкодження стравоходу*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними методами діагностики та лікування хворих з ушкодженням та стороннім тілом стравоходу.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати сторонні тіла та ушкодження стравоходу, обирати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Причини ушкоджень стравоходу.
2. Клінічні ознаки ушкодження стравоходу.
3. Методи діагностики ушкодження стравоходу.
4. Консервативне та хірургічне лікування ушкодження стравоходу.

Короткий зміст заняття:

Хворі зі стороннім тілом глотки та стравоходу становлять біля 20 % усіх пацієнтів, які звертаються за невідкладною допомогою. Стороннє тіло і травма, які локалізуються в нижній частині глотки, мають схожі клінічні ознаки зі стороннім тілом стравоходу завдяки спільній іннервації. Саме однакові клінічні симптоми, результати рентгенологічного обстеження викликають труднощі при визначенні локалізації стороннього тіла стравоходу. Травматичні ускладнення виникають при пошкодженні стінки стравоходу гострим стороннім тілом, при наданні пацієнтом „самодопомоги” та при проведенні ендоскопічного дослідження. Тому важливими залишаються діагностування та раціональне обстеження пацієнтів з підозрою на стороннє тіло та ушкодження стравоходу. Клінічні симптоми стороннього тіла різноманітні і мають численні, іноді дуже тяжкі ускладнення.

Контрольні питання:

1. Ускладнення при ушкодженнях стравоходу (медіастиніт, флегмона шиї).
2. Методи інструментальної діагностики.
3. Показання до невідкладної операції.

4. Види операційних втручань.
5. Ендоскопічне видалення сторонніх тіл стравоходу.

Тема практичного заняття №29. *Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, їх діагностика. Ускладнення. Консервативне й операційне лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, їх діагностування та способи лікування.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, обирати адекватну тактику лікування.

Навчальні питання:

1. Сторонні тіла верхнього відділу ШКТ: клініка, діагностика, лікування.
2. Сторонні тіла нижнього відділу ШКТ : клініка, діагностика, лікування.
3. Принципи лікування хворого зі стороннім тілом у ШКТ.

Короткий зміст заняття:

Стороннім тілом (лат. – corpus alienum) шлунково-кишкового тракту називають такий предмет, який випадково або навмисно потрапив до нього або там утворився. У глотку, при поспішному прийманні їжі можуть потрапити шматки не пережованої їжі, перекрити вхід у гортань і призвести до асфіксії. Симптоми: біль і затrudнене ковтання. Їх виявляють за допомогою огляду глотки, іноді застосовуючи обмацування пальцем. Стороннє тіло стравоходу частіше розташовується у верхній його третині. При цьому відзначають затrudнене ковтання, тупий біль і відчуття важкості в грудях або вздовж хребта. Гостре стороннє тіло може викликати перфорацію стінки стравоходу, що призводить до флегмонозного езофагіту або медіастиніту. Діагноз встановлюють на підставі анамнезу, результатів рентгенологічного та ендоскопічного досліджень стравоходу. Видаляють стороннє тіло стравоходу за допомогою езофагоскопа і спеціальних довгих щипців. Хворий зі стороннім тілом шлунково-кишкового тракту підлягає спостереженню в стаціонарі. Категорично забороняється призначати проносні засоби. Для полегшення просування стороннього тіла по ШКТ рекомендують раціон з підвищеним вмістом рослинної клітковини. Проходження металевго стороннього тіла контролюють за допомогою повторних оглядових рентгенологічних досліджень черевної порожнини. Операційне видалення стороннього тіла зі шлунку виконують в тих випадках, коли їх розміри і форма виключають можливість їх видалення за допомогою ендоскопа або просування по шлунково-кишковому тракту (ніж, ложка, виделка та ін.) При появі ознак перитоніту або непрохідності кишок показана невідкладна лапаротомія.

Контрольні питання:

1. Класифікація сторонніх тіл ШКТ.
2. Безоари шлунка: види, клініка, діагностика, лікування.
3. Методи діагностики стороннього тіла ШКТ.
4. Малоінвазійні методи видалення стороннього тіла зі ШКТ.
5. Хірургічне видалення стороннього тіла.
6. Жовчні камені, як сторонні тіла ШКТ: проблема та її вирішення.
7. Ускладнення, спричинені стороннім тілом ШКТ.

Тема практичного заняття №30. *Тромбоемболія легеневої артерії. Причини, методи діагностики. Невідкладна допомога і лікування (консервативне і хірургічне)*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання з проблеми тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), її діагностування, лікування та профілактики.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів розпізнавати ТЕЛА, вміти надати невідкладну допомогу, знати методи профілактики.

Навчальні питання:

1. Етіологія і патогенез виникнення ТЕЛА.
2. Клінічні ознаки і діагностування ТЕЛА.
3. Стадії клінічного перебігу ТЕЛА.
4. Диференційна діагностика ТЕЛА з іншими захворюваннями.
5. Хірургічне лікування ТЕЛА.
6. Профілактика ТЕЛА.

Короткий зміст заняття:

ТЕЛА – це механічна обструкція кровоплину в системі легеневої артерії мобільним тромбом з подальшим спазмом судин і розвитком гострого легеневого серця, зменшенням серцевого викиду, зниженням оксигенації крові та бронхоспазмом. Класифікація ТЕЛА залежить від обсягу ураження легених судин, розрізняють масивну, субмасивну і немасивну ТЕЛА. У залежності від гостроти патологічного процесу виділяють гостру, підгостру та хронічну (рецидивну) форми ТЕЛА. Клінічно масивна емболія легеневої артерії перебігає блискавично і в більшості випадків закінчується летально. У пацієнтів, яких ефективно лікували з приводу ТЕЛА пожиттєво залишаються симптоми легеневої гіпертензії та ознаки інфаркт-пневмонії. Оскільки діагностика та лікування ТЕЛА в світі залишається на субоптимальному рівні, профілактика зазначеного ускладнення – це перспективний шлях зниження летальності. Профілактика нефракційним чи низькомолекулярним гепарином – який шлях ефективніший ?

Контрольні питання:

1. Поняття „венозний тромбоемболізм”.
2. Рекомендації останньої погоджувальної конференції American College of Chest Physicians (ACCP) з питань профілактики венозного тромбоемболізму.
3. Рекомендації Європейської асоціації кардіологів з діагностики ТЕЛА у пацієнтів з низьким та високим ризиком.
4. Консервативне лікування та ефективність тромболітичної терапії.
5. Чинники ризику виникнення тромбозу глибоких вен у хворих хірургічного стаціонару.
6. Неспецифічна та специфічна профілактика ТЕЛА.

Тема практичного заняття №31. *Хірургічні аспекти лікування сепсису*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про хірургічні методи лікування генералізованих запальних реакцій організму.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обирати адекватне операційне втручання у хворих на сепсис.

Навчальні питання:

1. Ефективність типових операційних втручань у хворих на сепсис: дренивання гнійної порожнини, хірургічна санація вогнища деструкції – некректомія, хірургічна санація вогнища з метою видалення інфікованого стороннього тіла.
2. Диференційована тактика лікування джерела інфікування при перфорації порожнистого органа.
3. Санація вогнища інтраабдомінальної інфекції.
4. Категорії терміну виконання операційного втручання у хворих на сепсис.

Короткий зміст заняття:

Пацієнта з ознаками сепсису слід ретельно обстежити для встановлення джерела інфекції і виконання операційного втручання. Для лікування хворих на сепсис застосовують три види операційних втручань: дренивання порожнини абсцесу, вторинну хірургічну санацію (некректомію), видалення стороннього тіла. Метою дренивання абсцесу є налагодження постійного відпливу гною з порожнини, яка виникла внаслідок інфекційно-деструктивного процесу. Дренивання може бути закритим або відкритим, аспіраційним або іригаційно-аспіраційним, проточним, сифонним та ін. Використання малоінвазійного методу дренивання абсцесу завдяки його малій травматичності знижує ризик операції. Видалення некротичних тканин можливе лише після повноцінного розкриття вогнища деструкції та визначення змін в тканинах. При переконливих ознаках інфікування некротичні тканини слід видалити. Обсяг висічення інфікованих некротичних тканин залежить від розмірів некрозу, часу існування вогнища та ступеня запальної реакції оточуючих тканин. На ранній

стадії некротизування, коли зона демаркації виражена нечітко і визначається підвищена кровоточивість тканин, операційне втручання слід відкласти. Наростання місцевих та загальних ознак запальної реакції свідчить про інфікування ділянки некрозу і спонукає до застосування активної хірургічної тактики. Стороннє тіло (інфікований судинний катетер, дренаж, залишений операційний матеріал) служить джерелом, яке підтримує вегетацію мікроорганізмів. Воно збільшує ризик інфекції і підлягає видаленню. Значення хірургічного методу лікування хворих на сепсис, при наявності чітко встановленого джерела інфекції очевидне. Проте, при прихованих клінічних ознаках інфекційного процесу, невиправдано розширений обсяг операції може не лише принести додаткову травму хворому, але й стане чинником, який значно обтяжить його стан. У таких випадках показання до операції та його обсяг повинні вирішуватися індивідуально.

Раціональна антибіотикотерапія полягає в мікробіологічному обґрунтуванні вибору фармпрепарату. Можливі два методологічні способи раціональної антибіотикотерапії: етіотропний та емпіричний. Етіотропний спосіб складається з наступних етапів: виділення та ідентифікація мікроорганізму, доказ його участі в запальному процесі та визначення його чутливості до антибіотиків. Емпіричний підхід включає припущення про можливий збудник, враховуючи локалізацію інфекційного процесу і механізму контамінації із подальшим вибором антибіотика для ерадикації цього збудника. Принцип ескалаційної антибіотикотерапії передбачає поступове нарощування її потенціалу з переходом до потужніших препаратів у випадку неефективності лікування. Принцип деескалаційної антибіотикотерапії передбачає призначення на початку лікування вкрай важких хворих фармпрепаратів найширшого спектру дії. Подальша корекція терапії або заміна фармпрепарату на менш потужний відбувається із урахуванням отриманих відомостей про характер мікрофлори та її чутливості до антибіотиків.

Контрольні питання:

1. Типи дренажів після розкриття обмежених інфекційно-деструктивних процесів (абсцесів) у хворих на сепсис.
2. Який обсяг операційного втручання доцільно застосувати у хворого з некротичним фасціїтом, ускладненим синдромом системної запальної відповіді організму ?
3. Показання до операційного лікування хворих з панкреонекрозом після другого тижня перебігу захворювання.
4. Різниця між вимушеною та програмованою релапаротомією.
5. Показання до програмованої релапаротомії.
6. Що означає термін „розвантажувальна” операція ? Основні принципи її виконання.
7. Основні принципи антибіотикотерапії.

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 хворого.	++
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 стороннього тіла. Штучне дихання.	+++
Допоміжне дихання. Штучна вентиляція легень.	++
Закритий масаж серця.	+++
Трахеостомія (відпрацювання операції на трупі).	+++
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 дослідження.	+++
Пункція заднього склепіння піхви.	++
Онкологічний центр	
Пункційна біопсія пухлини.	++
Мамографія.	+
Травматологічне і 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 простору Дугласа.	++
Розкриття піддіафрагмального абсцесу.	++
Холецистостомія.	++
Холецистектомія „від дна”.	++
Холецистектомія „від шийки”.	++
Холедохотомія і холедохостомія.	++
Накладання білідигестивного анастомозу.	+
Дуоденотомія, папілотомія, папілопластика.	+

Дренування чепцевої сумки при панкреатиті.	++
Секвестрэктомія, резекція хвоста підшлункової залози.	++
Дренування заочеревинного простору.	++
Операція при кісті підшлункової залози: марсупіалізація, внутрішнє дренування.	+
Ампутація кінцівки.	++
Резекція шлунка за Більтрот-1.	+
Резекція шлунка за Більтрот-2.	+
Селективна проксимальна ваготомія.	+
Операції при пупковій грижі.	+++
Операції при грижі білої лінії живота.	+++
Операції при пахвинній грижі.	+++
Операції при стегновій грижі.	+++
Операції при післяопераційній грижі.	++
Субтотальна резекція щитоподібної залози.	+
Операції при варикозному розширенні вен нижньої кінцівки: Маделунга, Нарата, Бебкока, Кляппа.	++
Операція Лінтон-Кокета.	++
Операції при геморої.	++
Первинна хірургічна обробка опіку.	++
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 мастопатії і доброякісних пухлинах грудної залози.	++
Секторальна резекція грудної залози.	++
Радикальна мастектомія при раку грудної залози.	+

Резекція шлунка при раку.	+
Проксимальна резекція шлунка.	+
Гастректомія.	+
Гастротомія.	+++
Гастроентеростомія.	++
Правобічна і лівобічна геміколектомія. 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 рани м'яких тканин.	+++
Трепанация черепа.	+
Первинна хірургічна обробка проникаючої рани черепа.	+
Ламінектомія.	+
Остеосинтез при переломі кісток.	+
Первинна хірургічна обробка відкритого перелому кісток	++
Секвестректомія.	++
Операції при бурситі.	++
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 (ліпом, фібром)	+++
Видалення доброякісних пухлиноподібних утворів м'яких тканин (атероми, гігроми).	+++
Видалення стороннього тіла 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 їх основі узагальнення та практичні висновки;
- питання асептики та антисептики в хірургії; основні документи, які регламентують заходи з підтримання санітарно-епідеміологічного режиму хірургічного відділення;
- 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, виконати 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 непрохідності кишок, 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;
- методами консервативного та операційного лікування хворих з внутрішньою кровотечею;
- методами 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, які розташовані поверхнево;
- зупинкою кровотечі при травмі магістральних судин;
- методами паранефральної, вагосимпатичної, провідникової та інших новокаїнових блокад;

- методами катетеризації, пункції сечового міхура та епіцистостомії;
- методами 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 тироидология: 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: «ГЕОТАРМедиа», 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: учбовий посібник для лікарів хірургічного профілю / [А.В.Макаров, В.Г.Гетьман, В.І.Десятерик та ін.]. – Кривий Ріг: СП «Міра», 2005. – 234 с.
89. Усенко О.Ю., Білоус Г.В., Путинцева Г.Й. Хірургія. 3-тє видання // Київ – ВСВ «Медицина» - 2015 – 416с.
90. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. Эндоскопическая хирургия. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 544 с.
91. Фелештинський Я.П. Післяопераційні грижі живота. – К.: ТОВ «Бізнес–Логіка» 2012. – 200 с.
92. Фергюсон М. Атлас торакальної 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-Larsen, 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.