

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



**Методичні розробки**  
**для підготовки до самостійної роботи**  
**(частина перша)**

**Львів – 2019**

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

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

Рецензенти:

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

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

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

**Тематичний план занять зі самостійної роботи для здобувачів PhD  
за спеціальністю "Хірургія"**

№	вид	ТЕМА	год.
1.	сам.р	Планування та організація безперервності післядипломного навчання лікарів. Організація навчального процесу на кафедрі	2
2.	сам.р	Соціальна і медична реабілітація хірургічних хворих	2
3.	сам.р	Санітарно-протиепідемічна робота у хірургічній службі. Санітарна статистика в діяльності хірурга	2
4.	сам.р	Консервативні методи лікування виразкової хвороби	2
5.	сам.р	Пенетруючі виразки шлунка і дванадцятипалої кишки Внутрішні нориці	2
6.	сам.р	Гастродуоденальні кровотечі невиразкової етіології. Диференційна діагностика	2
7.	сам.р	Ювенільні виразки. Особливості виразкової хвороби в осіб похилого віку	2
8.	сам.р	Стеноз виходу зі шлунка як ускладнення виразкової хвороби. Діагностика. Ступені стенозу. Лікування	2
9.	сам.р	Підготовка хворого до операцій на шлунку	2
10.	сам.р	Пострезекційні і постваготомні синдроми	2
11.	сам.р	Пізні ускладнення після операцій з приводу виразкової хвороби	4
12.	сам.р	Амбулаторне лікування хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби. Питання дієтичного і санаторно-курортного лікування	2
13.	сам.р	Особливості післяопераційного періоду у хворих оперованих на шлунку.	2
14.	сам.р	Інші захворювання шлунка: гостре розширення, заворот, флегмона, безоари	2
15.	сам.р	Механізм клінічного розвитку і морфологічні зміни при гострому апендициті	4
16.	сам.р	Клінічна анатомія жіночих статевих органів. Операції при позаматковій вагітності, розриві матки, апоплексії яєчників і кістах	2
17.	сам.р	Клінічна анатомія сечовивідних шляхів	2
18.	сам.р	Клініка, диференційна діагностика і лікування пельвіоперитоніту.	2
19.	сам.р	Клініка, диференційна діагностика порушеної позаматкової вагітності	2
20.	сам.р	Перфорація матки з і без ушкодження органів черевної порожнини. Причини, діагностика та хірургічна тактика	2
21.	сам.р	Клінічна анатомія прямої кишки та клітковинних просторів малого тазу	2
22.	сам.р	Клінічна анатомія тонкої та товстої кишок	2
23.	сам.р	Динамічна кишкова непрохідність, клініка, діагностика, лікування	4
24.	сам.р	Особливості передопераційної підготовки хворих на гостру кишкову непрохідність	4
25.	сам.р	Патоморфологічні і патофізіологічні зміни в організмі при гострій кишковій непрохідності. Передопераційна підготовка і	4

		післяопераційне ведення хворих	
26.	сам.р	Симптоматологія та діагностика різних видів внутрішніх черевних гриж та їх хірургічне лікування	2
27.	сам.р	Діагностика та хірургічні методи лікування гриж білої лінії живота	2
28.	сам.р	Контрастне дослідження стравоходу, шлунка та кишок. Іригоскопія та іригографія	2
29.	сам.р	Лабораторна діагностика розладів білкового обміну, кислотно-лужного стану та водно-електролітних розладів. Клінічна оцінка їх показників	2
30.	сам.р	Отримання, цитологічне і біохімічне дослідження виділень, пунктатів, біологічних рідин та їх клінічна оцінка	2
31.	сам.р	Стимулювання процесів регенерації та імунної активності організму	2
32.	сам.р	Визначення груп крові за антигенними системами АВ0 та Rh. Методи і техніка переливання компонентів крові. Проби на сумісність	2
33.	сам.р	Зондове і лікувальне харчування хірургічних хворих	2
34.	сам.р	Інфузійно-трансфузійна терапія при дефіциті білків плазми крові, інтоксикаціях	2
35.	сам.р	Парентеральне харчування хірургічних хворих	2
36.	сам.р	Дивертикули дванадцятипалої кишки	2
37.	сам.р	Рентгеноскопія, оглядова і прицільна рентгенографія в діагностиці захворювань органів грудної клітки. Бронхографія	2
		<b>Всього</b>	<b>93</b>
		<b>ВІЙСЬКОВА ПІДГОТОВКА</b>	
38.	сам.р	Завдання, зміст і хірургічні можливості ОмедБ. Зміст і обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги. Зміст роботи хірурга в сортувальних та евакуаційних палатах. Задачі, організаційно-штатна структура, оснащення, обладнання та організація роботи військових польових хірургічних госпіталів.	

## Тема самостійної роботи № 1.

### Планування та організація безперервності післядипломного навчання лікарів. Організація навчального процесу на кафедрі

**Навчальна мета заняття:** знайомство з інтернами, з формами навчання на кафедрі і режимом роботи клініки, з програмою навчання та календарним планом занять. Організація роботи в клініці, структура хірургічної служби. Ознайомлення з основами статистики, яка використовується для контролю за діяльністю хірургічного відділення.

**Професійно орієнтована мета:** знати форми навчання на кафедрі, календарний план, викладачів груп, режим роботи клініки. Інтерни повинні знати і вміти організувати надання хірургічної допомоги в плановому і невідкладному порядку, провести статистичні розрахунки діяльності хірургічного відділення, служби, знати правові основи діяльності хірурга.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Історія кафедри і клініки хірургії та ендоскопії ФПДО та організація навчального процесу.
2. Структура хірургічної служби в Україні.
3. Організація роботи хірургічного стаціонару і поліклінічного відділення.
4. Фінансування і принципи госпрозрахунку в хірургічних підрозділах.
5. Санітарно-протиепідемічні заходи в хірургії.

#### **Короткий зміст заняття:**

Викладач знайомить інтернів з історією клініки, організацією навчального процесу на кафедрі, календарним планом занять, звертає увагу на важливість комп'ютерного контролю вихідного та кінцевого рівня знань та необхідності занять на суміжних кафедрах (проктологія, медицина катастроф), організацією та режимом роботи клініки, обсягом надання хірургічної допомоги, науковою проблематикою кафедри. Обговорюються питання організації хірургічної допомоги у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО, у Львівській області, в Україні. Звертається увага на форми фінансування, економічний стан і матеріальне забезпечення стаціонарів. Підкреслюється важливість профілактики гнійно-септичних ускладнень інфікування вірусом гепатиту, імунodefіциту людини. Підводяться підсумки заняття, наголошується на основних організаційних і правових проблемах хірургічної діяльності.

#### **Напрямки дискусії:**

1. Історичні аспекти розвитку хірургії в Україні.
2. Сучасний стан та перспективи розвитку хірургії.
3. Правові основи роботи лікаря-хірурга.
4. Планування і організація післядипломного навчання лікарів.
5. Організація хірургічної допомоги населенню.
6. Надання спеціалізованого хірургічного лікування.

7. Питання санітарної статистики в хірургічній службі.
8. Управління, економіка і планування хірургічної служби.
9. Санітарно-епідемічний режим хірургічного відділення.
10. Експертиза постійної і тимчасової втрати працездатності в хірургії.

Тема самостійної роботи № 2.

### Соціальна і медична реабілітація хірургічних хворих

**Навчальна мета заняття:** ознайомити лікарів-інтернів з загальними питаннями реабілітації хірургічних хворих.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів завдань, мети і принципів реабілітації хірургічних хворих.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Поняття "реабілітація".
2. Головні завдання реабілітації.
3. Основні принципи реабілітації.
4. Види, періоди і етапи реабілітації.

#### **Короткий зміст заняття:**

Термін "реабілітація" має широке змістове розуміння і вживається в усіх сферах діяльності людини – політичній, юридичній, розумовій, спортивній та інших. У медицині вона визначається як процес відновлення здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Таким чином, реабілітація – це суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану. Пріоритет медичного аспекту реабілітації незаперечний з огляду на те, що органи соціального забезпечення, народної освіти, громадські організації, зважаючи на стан здоров'я певної особи у подальшому проводять свої реабілітаційні заходи. Головними завданнями реабілітації є: а) функціональне відновлення (повне або часткове відновлення); б) пристосування до повсякденного життя і праці; в) залучення до трудового процесу; г) диспансерний нагляд за реабілітованими. Основна мета реабілітації – адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде перекваліфікація і праця на тому ж підприємстві, а у разі неможливості – перекваліфікація у реабілітаційному центрі і працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини.

#### **Напрямки дискусії:**

1. Медичні аспекти реабілітації хірургічних хворих.

2. Комплекс і програма реабілітаційних заходів хірургічних хворих.
3. Основні принципи реабілітаційного процесу хірургічного хворого.
4. Види і етапи реабілітації хірургічного хворого.
5. Періоди медичної реабілітації в хірургії.

Тема самостійної роботи № 3.

### Санітарно-протиепідемічна робота у хірургічній службі

**Навчальна мета заняття:** ознайомити лікарів-інтернів з основними принципами роботи санітарно-профілактичної служби в хірургії.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів правил організації роботи функціональних підрозділів хірургічного відділення відповідно вимог діючих наказів і інструкцій протиепідеміологічної роботи хірургічного стаціонару.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Основні структурні підрозділи хірургічного відділення, організація роботи в останніх
2. Основні поняття і завдання санітарно-профілактичного режиму хірургічного стаціонару
3. Внутрішньолікарняні інфекції, клініка, епідеміологія
4. Основні профілактичні заходи спрямовані на попередження виникнення внутрішньолікарняної інфекції
5. Асептика і антисептика в роботі хірургічної служби
6. Основні методи антисептики

#### **Короткий зміст заняття:**

Санітарно-гігієнічний режим хірургічного стаціонару спрямований на виключення негативного впливу чинників лікарняного середовища на хворих і персонал, забезпечення хворому повного гігієнічного, соматичного і психічного комфорту, а персоналу – оптимальних умов праці.

Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим стаціонарів створений з метою забезпечення оптимальних умов перебування хворих у стаціонарі, ефективного проведення лікувальних заходів, забезпечення оптимальних умов праці медичного персоналу, профілактику і знешкодження внутрішньолікарняної інфекції

#### **Напрямки дискусії:**

1. Операційний блок, як основна складова частина хірургічного відділення
2. Роль завідуючого хірургічним відділенням і старшої медичної сестри в дотриманні протиепідемічного режиму
3. Основні положення наказу № 720 відповідно сучасним умовам
4. Сучасні методи антисептики.

## Медична статистика в діяльності хірурга

**Навчальна мета заняття:** ознайомлення лікарів-інтернів з основними завданнями і принципами медичної статистики.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів аналізувати роботу хірургічної служби відповідно норм медичної статистики.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Основні завдання медичної статистики
2. Організаційна і функціональна структура медико-статистичної служби України
3. Основні показники медичної статистики, їх характеристика
4. Основні облікові форми медичної документації
5. Рівні формування аналізу роботи медичної галузі відповідно вимогам медичної статистики

### **Короткий зміст заняття:**

Основними завданнями медичної статистики є: вивчення стану та динаміки здоров'я населення; аналіз впливу на нього окремих чинників, стан, динаміка та ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я. Це визначає основні напрямки статистичного аналізу, якими є: демографічна ситуація, зокрема рівень та структура причин смертності населення; стан здоров'я дітей; захворюваність і поширеність окремих хвороб (динаміка, структура та ін.); забезпеченість ресурсами та їх використання взагалі й відносно окремих видів захворювань (спеціалізованими ліжками, лікарями, обладнанням), проведення профілактичних оглядів; аналіз мережі медичних закладів; обсяг надання окремих видів допомоги (послуг) – стоматологічних, хірургічних та ін. Загальна кількість форм облікової документації становить 400, звітної – 45. Основною загальнодержавною формою аналізу роботи хірургічної служби є форма №20, куди входять: показники діяльності служби, а саме, показники використання ліжкового фонду; показники діяльності стаціонарів: 1) середня тривалість лікування; 2) летальність (за переліком захворювань, передбаченим ф. 20); хірургічна діяльність стаціонару за заданим профілем: 1) проліковано хворих; 2) середня тривалість лікування (за переліком захворювань, передбаченим ф. 20); діяльність лікувально-діагностичних відділень (якщо є можливість визначити приналежність до тієї чи іншої служби). Екстрена хірургічна допомога: кількість хворих, доставлених за екстреними показниками; летальність оперованих і не оперованих.

### **Напрямки дискусії:**

1. Основні завдання медичної статистики в діяльності хірургічної служби
2. Державні форми звітності
3. Впровадження сучасних інформаційних технологій в практику охорони здоров'я.



**Консервативні методи лікування виразкової хвороби**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

**Напрямки дискусії:**

1. Показання до консервативного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
2. Мета і завдання консервативного лікування виразкової хвороби
3. Потрійна терапія виразкової хвороби: ліки, дозування
4. Квадротерапія виразкової хвороби: ліки, дозування

5. Лікування антисекреторними середниками; контроль ефективності проведеного лікування.

Тема самостійної роботи № 5.

**Пенетруючі виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.**  
**Внутрішні нориці**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

**Напрямки дискусії:**

1. Визначення поняття "пенетруюча виразка".
2. Етіологія та патогенез пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
3. Класифікація пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
4. Стадії пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
5. Особливості клінічної картини пенетруючої виразки.

6. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних, рентгенологічних) при пенетруючій виразці шлунку та дванадцятипалої кишки.
7. Диференційна діагностик пенетруючої виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
8. Покази до операційного втручання при пенетруючій виразці шлунку та дванадцятипалої кишки.
9. Методи операційних втручань у залежності від локалізації виразки.
10. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення, їх профілактика. Реабілітація хворих в післяопераційному періоді.

Тема самостійної роботи № 6.

**Гастродуоденальні кровотечі невиразкової етіології.**

**Диференційна діагностика**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

Гострі шлунково-кишкові кровотечі є ускладненням різних захворювань. Загальним для всіх цих захворювань (первинних або вторинних) є ушкодження (арозія) судини й витікання крові в просвіт того або іншого органа травного каналу: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, клубової і товстої кишок. Виразкова хвороба є найчастішою причиною шлунково-кишкових

кровотеч. Основними методами лікування виразкових гастроуденальних кровотеч є поєднання інтенсивної противиразкової терапії згідно з Маастріхт-III з методиками ендоскопічного гемостазу (термічні, ін'єкційні, аргоноплазмова коагуляція). Операційне втручання використовується при неможливості зупинити кровотечу (екстрені) або для попередження її рецидиву (превентивні). Гострі ерозивно-виразкові ускладнення виникають внаслідок гормонального дисбалансу та викиду цитокінів при важких септичних, травматичних процесах, а також внаслідок місцевої дії на слизову травного тракту нестероїдних протизапальних засобів та гормонів. Кровотечі при цирозі печінки спричинені прогресуванням портальної гіпертензії та розривом варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. Основною причиною кровотеч в нижніх відділів травного тракту є ангіодисплазії, колоректальний рак та дивертикульоз товстої кишки. Для діагностики цих геморагій застосовується фіброколоноскопія (фібросигмоскопія).

#### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійної роботи № 7.

#### **Ювенільні виразки. Особливості виразкової хвороби в осіб похилого і старечого віку**

**Навчальна мета заняття:** сформувані у лікарів-інтернів знання про ювенільні виразки та особливості виразкової хвороби в осіб похилого і старечого віку.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів особливостям ювенільних виразок та виразкової хвороби в осіб похилого і старечого віку.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Анатомія та фізіологія шлунка та дванадцятипалої кишки.
2. Етіопатогенез ювенільних виразок.
3. Клінічні особливості перебігу виразкової хвороби в різних вікових групах.

### **Короткий зміст заняття:**

Ювенільні виразки розвиваються в молодому (юнацькому) віці. Вони мають 2 варіанти перебігу: 1) з вираженим больовим синдромом, блюванням, високою кислотністю (у 85% випадків локалізуються в дванадцятипалій кишці або пілоричній зоні; 2) "німі" виразки, які часто рано пенетрують. Для ювенільних виразок характерні часті рецидиви, ранній розвиток ускладнень, чому сприяють нервові перенапруження, нераціональне харчування, вживання алкоголю та паління тютюну. При виразковій хворобі в осіб похилого і старечого віку больовий синдром виражений незначно, не має сезонності, кислотність шлункового соку нормальна або знижена. Для старшого віку більш властива шлункова локалізація виразок та кальозний їх характер із більшим ризиком ускладнень, зокрема малігнізації.

### **Напрямки дискусії:**

1. Особливості перебігу ювенільних виразок.
2. Особливості виразкової хвороби в осіб похилого і старечого віку.
3. Клінічна картина, диференційна діагностика.

Тема самостійної роботи № 8.

### **Стеноз виходу зі шлунка як ускладнення виразкової хвороби.** **Діагностика. Ступені стенозу. Лікування**

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

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

### **Теми реферативних повідомлень:**

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

### **Короткий зміст заняття:**

Шлунок поділяється на кардіальний відділ, тіло, антральний та пілоричний відділи; включає малу та велику кривизни, кардіальний та пілоричний сфінктери. Дванадцятипала кишка: верхня горизонтальна, низхідна, нижня горизонтальна та висхідна частини. Виразковий стеноз виходу зі шлунка поділяється на набряковий та рубцевий. Для діагностики застосовують ендоскопічні методи дослідження. Для операційного лікування виразкового

стенозу здійснюють радикальні (резекція шлунка за Більрот-1 або Більрот-2) та паліативні операції (гастроентеростомія) в залежності від тяжкості стану хворого та вираженості супровідної патології. Онкологічна пересторога необхідна до будь-якої виразки шлунка, особливо великих розмірів, локалізованої в проксимальних відділах шлунка, на великій кривизні. При ендоскопічному обстеженні проводиться взяття біопсії з подальшим патогістологічним дослідженням. При наявності малігнізації – операційне втручання (субтотальна резекція шлунка, гастректомія). Післяопераційні ускладнення включають неспроможність швів гастродуодено- та гастроєюноанастомозу, швів кукси дванадцятипалої кишки, інші гнійно-септичні ускладнення.

### **Напрямки дискусії:**

- 1.Кровопостачання та іннервація шлунка.
- 2.Особливості рентгенологічної та ендоскопічної діагностики стенозу.
- 3.Лікувальна тактика при різних видах пілоростенозу. Методи операцій, показання.
- 4.Неспроможність швів анастомозів та кукси дванадцятипалої кишки. Причини, методи лікування.

Тема самостійної роботи № 9.

### **Підготовка хворого до операцій на шлунку**

**Навчальна мета заняття:** ознайомлення лікарів-інтернів з основних принципів підготовки хворих до операцій на шлунку.

**Професійно орієнтована мета:** перевірити знання лікарів-інтернів основних принципів підготовки хворих до операцій на шлунку, навчити диференційного підходу при виборі лікування.

### **Теми реферативних повідомлень:**

- 1.Види операцій на шлунку.
- 2.Вибір консервативного лікування в залежності від виду операцій.
- 3.Види передопераційної підготовки хворих.
- 4.Показання до гемотрансфузій.

### **Короткий зміст заняття:**

Спеціальна передопераційна підготовка проводиться у відповідності із захворюванням і визначається локалізацією процесу і станом хворого (операції на товстій кишці, при стенозі висхідного відділу шлунку та ін.). Під час підготовки хворого до операції виникає необхідність виконання процедур, які направлені на підготовку органів і систем: промивання шлунку, катетеризація сечового міхура, очисна або сифонна клізма, пункція гнійного вогнища та ін.

Особливої уваги потребує підготовка до операції хворих, у яких хірургічне захворювання виникло на фоні цукрового діабету. Необхідна

ретельна корекція кислотно-лужного стану (метаболічний ацидоз), вуглеводного обміну, порушень серцево-судинної системи, нирок, нервової системи. Хворих, які отримували пролонговані форми інсуліну, переводять на простий інсулін.

### **Напрямки дискусії:**

1. Основні принципи підготовки хворих до операцій на шлунку.
2. Промивання шлунка.
3. Консервативна терапія.

Тема самостійної роботи № 10.

### **Пострезекційні і постваготомні синдроми**

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

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

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Демпінг-синдром, класифікація, патогенез
2. Клінічна картина демпінг-синдрому
3. Консервативні і операційні методи лікування демпінг-синдрому
4. Класифікація та клініка синдрому привідної петлі
5. Операційні методи лікування синдрому привідної петлі
6. Діагностика пептичної виразки гастроентероанастомозу
7. Пухлини оперованого шлунка, хірургічна тактика

### **Короткий зміст заняття:**

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

Синдром привідної петлі може виникнути після резекції шлунка за методом Більтрот-2. Головною причиною виникнення пептичної виразки анастомозу вважають збереження гіперацидного стану шлунка. Лікування пострезекційних та постваготомних синдромів переважно консервативне, при його неефективності застосовують різні види реконструкційних операцій.

#### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійної роботи № 11.

#### **Пізні ускладнення операцій з приводу виразкової хвороби**

**Навчальна мета заняття:** сформувати уявлення про можливі пізні ускладнення після операцій з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, методи їх попередження і лікування.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів розпізнавати пізні ускладнення після операцій з приводу виразкової хвороби, знати шляхи їх попередження та способи лікування.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Класифікація пізніх ускладнень після операцій з приводу виразкової хвороби.
2. Функціональні порушення після операцій з приводу виразкової хвороби.
3. Органічні порушення після операцій з приводу виразкової хвороби.
4. Пізні ускладнення після операцій ваготомії.
5. Лікування пізніх ускладнень після операцій з приводу виразкової хвороби.

#### **Короткий зміст заняття:**

Після операцій з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки іноді виникають пізні ускладнення, які можна поділити на дві великі групи. До першої відносять ускладнення після резекцій шлунка, до другої – ускладнення після ваготомії. У свою чергу до пострезекційних синдромів відносять функціональні, органічні та змішані порушення. До функціональних



порушень відносять демпінг-синдром, пострезекційну астеною, синдром малого шлунка, гастро-езофагальний рефлюкс. До органічних відносять пептичну виразку анастомозу, шлунково-кишкову норицю, рубцеву деформацію і звуження анастомозу та інші. До постваготомних синдромів відносять рецидив виразки, діарею, порушення функції стравохідно-кардіального переходу та спорожнення шлунка, рефлюкс-гастрит тощо. Лікування пізніх ускладнень після операцій з приводу виразкової хвороби може бути консервативне, якщо симптоми цього ускладнення виражені слабо або не є органічними і включає дієтотерапію, корекцію метаболізму, симптоматичну терапію, стимуляцію моторики травного тракту. При її неефективності, виражених симптомах і важкому перебігу пізніх ускладнень операцій з приводу виразкової хвороби застосовують різні види реконструкційних і відновних операцій, спрямованих на відновлення нормального пасажу їжі по травному каналу.

### **Напрямки дискусії:**

1. Класифікація пізніх ускладнень після операцій з приводу виразкової хвороби.
2. Функціональні порушення після операцій з приводу виразкової хвороби.
3. Органічні порушення після операцій з приводу виразкової хвороби.
4. Пізні ускладнення після операцій ваготомії.
5. Лікування пізніх ускладнень після операцій з приводу виразкової хвороби.

Тема самостійної роботи № 12.

**Амбулаторне лікування хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби.**

**Питання дієтичного і санаторно-курортного лікування**

**Навчальна мета заняття:** Ознайомлення лікарів-інтернів з методами консервативного та операційного лікування, питання дієтичного харчування та санаторно-курортного лікування.

**Професійно орієнтована мета:** знати класифікацію, клініку, методи консервативного та хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Консервативне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
2. Методи діагностики виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
3. H<sub>2</sub>-блокатори, механізм дії, способи застосування
4. Інгібітори протонної помпи, механізм лікувальної дії
5. Значення антибактерійної терапії у впливі на патогенез виразкової хвороби. Схеми ерадикації *Helicobacter pylori* та їх ефективність
6. Амбулаторне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки

7. Питання дієтичного і курортного лікування пацієнтів оперованих з приводу виразкової хвороби.

### **Короткий зміст заняття:**

Відкриття мікроорганізмів *Helicobacter pylori* (НР) і встановлення їх ролі в розвитку виразкової хвороби (ВХ) і виникнення її рецидивів привели до докорінної зміни наших поглядів на патогенез ВХ і підходів лікування хворих. Антихелікобактерна терапія є стандартом лікування хронічних гастритів і ВХ, асоційованих з НР. Вибір препаратів для ерадикації є невеликий. Основні принципи лікування НР – інфекції як основної причини виникнення і розвитку пептичних виразок для країн Євросоюзу на сьогоднішній день – це Маастрихтський консенсус 2 – 2000. У світі в лікуванні ВХ виділяють 2 основні стратегії: 1. Терапія шляхом ерадикації НР; 2. Терапія шляхом пригнічення кислотної секреції. Терапія першої лінії інгібітор протонної помпи (ІПП) в стандартній дозі 2 рази на день + кларитроміцин 500 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день – призначається мінімум на 7 днів. Терапія другої лінії: ІПП в стандартній дозі 2 рази на день + вісмута субсаліцилат (Де-нол) 120 мг 4 рази на день + метронідозол 500 мг 3 рази на день + тетрациклін 500 мг. 4 рази на день – призначається мінімум на 7 днів.

Другий Маастрихтський документ підкреслює, що при неускладненій ВХ дванадцятипалої кишки немає необхідності продовжувати антисекреторну терапію після проведеного курсу ерадикаційної терапії. До традиційних ІПП відносять: омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол

### **Напрямки дискусії:**

1. Консервативні методи лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
2. Противиразкова терапія згідно з Маастрихт
3. Методи оперативних втручань при виразках шлунка і дванадцятипалої кишки
4. Післяопераційне ведення хворих з виразковою хворобою
5. Амбулаторне лікування пацієнтів оперованих з виразковою хворобою.
6. Питання дієтичного і курортного лікування пацієнтів оперованих з приводу виразкової хвороби.
5. Віддалені результати лікування ускладнень виразкової хвороби.

Тема самостійної роботи № 13.

### **Особливості післяопераційного періоду у хворих, оперованих на шлунку**

**Навчальна мета заняття:** ознайомлення лікарів-інтернів з основних принципів спостереження та догляду за хворими у післяопераційному періоді при операціях на шлунку.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів основних принципів догляду за хворими у післяопераційному періоді оперованих на

шлунку, обговорити ускладнення даної патології, навчити диференційного підходу при виборі лікування.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Види операцій на шлунку.
2. Вибір консервативного лікування в залежності від виду операцій.
3. Ускладнення у хворих оперованих на шлунку.
4. Види харчування хворих оперованих на шлунку.

### **Короткий зміст заняття:**

Після будь-якої операції під наркозом хворому не дозволяється пити 2-3 год. Після операції на органах травлення пити не дозволяється значно довше (наприклад, після операції на шлунку – 1-2 доби). Хворому можна змочувати порожнину рота невеликими порціями кип'яченої води з лимоном. Дуже часто після операцій на ШКТ виникає здуття кишок. У такому разі необхідно ввести хворому газовідвідну трубку. Також за призначенням лікаря можуть проводитись гіпертонічні або сифонні клізми. Перше самостійне відходження газів, а також поява перистальтики є сприятливими ознаками. Частим проявом ускладнень післяопераційного періоду з боку органів травлення є блювання. При годуванні хворого через гастростому (зонд, який уведений в шлунок через передню черевну стінку) до її вільного кінця під'єднують лійку і вводять спочатку невелику кількість їжі – по 50 мл 6-7 разів на добу, а потім поступово збільшують об'єм введення до 300-500 мл, зменшуючи кратність. Парентеральне харчування застосовують після операцій на шлунку, стравоході, кишках і при деяких інших станах. При даній процедурі необхідно вводити в організм основні поживні речовини білки, жири, вуглеводи, воду, солі і вітаміни. Із білкових препаратів найчастіше вводять гідролізін, білковий гідролізат казеїну, Альвезин, розчини амінокислот Моріамін, Поліамін, Амікін, Аміноплазмаль, Аміносол тощо; із жирових – Ліпофундин, Інтраліпід; із вуглеводних – 10% розчин глюкози, сорбітол, фруктозу. Для корекції водно-електролітного балансу використовують сольові розчини: ізотонічний розчин натрію хлориду (0,9%), розчини Рінгера, натрію гідрокарбонат, сода-буфер. Широко використовують комплексні збалансовані суміші для парентерального харчування: Берламін Модуляр, Пептамен, Енпіт.

### **Напрямки дискусії:**

1. Основні правила спостереження в післяопераційному періоді: за фізіологічними показниками і функцією життєво важливих органів, за рядом специфічних показників, що залежать від характеру операції.
2. Консервативне лікування у післяопераційному періоді.
3. Харчування хворих у післяопераційному періоді.
4. Ускладнення у післяопераційному періоді у хворих оперованих на шлунку.

**Інші захворювання шлунка: гостре розширення, заворот, флегмона, безоари**

**Навчальна мета заняття:** сформувати уявлення про інші захворювання шлунка, які зустрічаються порівняно рідко, такі як: гостре розширення, заворот, флегмона, безоари.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів вміти розпізнавати не лише виразкові та пухлинні, але й інші захворювання шлунка, які рідше зустрічаються в клінічній практиці, такі як: гостре розширення, заворот, флегмона, безоари.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Гостре розширення шлунка: етіопатогенез, клінічна картина, лікування
2. Заворот шлунка: причини виникнення, симптоми, діагностика, лікування
3. Флегмона шлунка: етіологія, клінічна картина, лікування
4. Безоари шлунка: клінічні симптоми, діагностика, лікування
5. Диференційна діагностика захворювань шлунка

**Короткий зміст заняття:**

Крім виразкових і пухлинних уражень шлунка в клінічній практиці зустрічаються й інші його захворювання, про які слід пам'ятати і вміти їх розпізнати. Гостре розширення шлунка, у наш час, зустрічається досить рідко і полягає в гострому парезі його, інакше гастроплегії. Його причинами можуть бути перенесені операції, особливо на блукаючих нервах, декомпенсовані стенози різної етіології, травми черепа і хребта. Клінічно виявляється як висока непрохідність тонкої кишки. Лікування, при неефективності консервативного – хірургічне і за обсягом може бути від обхідного гастроентероанастомозу до ваготомії з пілоропластикою або резекції за однією із модифікацій Більрота. Заворот шлунка – зустрічається теж рідко і виникає внаслідок повороту шлунка довкола його поздовжньої або поперечної осі. Перебіг буває гострий або хронічний. Лікування відповідне: при хронічному перебігу – консервативне, при гострому – хірургічне. Безоари – захворювання шлунка, подібне до стороннього тіла, яке виникає при потраплянні у шлунок речовин, які в ньому не перетравлюються і формують стороннє тіло. Класифікація ґрунтується на складі речовини, яка утворює безоар. Найчастіше зустрічаються фітобезоари. Лікування, при неефективності консервативного – хірургічне: гастротомія і видалення безоара.

**Напрямки дискусії:**

1. Етіологія, клініка та лікування гострого розширення шлунка
2. Гострий і хронічний завороти шлунка, способи лікування
3. Флегмона шлунка: етіологія, клінічна картина, лікування
4. Безоари шлунка: визначення поняття, класифікація, лікування
5. Диференційна діагностика захворювань шлунка.

Тема самостійної роботи № 15.

**Механізм клінічного розвитку і морфологічні зміни при гострому апендициті**

**Навчальна мета заняття:** перевірити знання лікарів-інтернів щодо аспектів етіопатогенезу гострого апендициту, пов'язаних із ними клінічних проявів та відповідних морфологічних змін у апендиксі.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів проводити паралелі між особливостями клінічного перебігу гострого апендициту та відповідними їм морфологічними змінами.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса
2. Основні симптоми гострого апендициту
3. Особливості перебігу гострого апендициту залежно від віку, статі, супровідної патології та анатомічних варіантів розташування апендикса
4. Патоморфологічні зміни в апендиксі при запаленні та їх стадійність

**Короткий зміст заняття:**

Гострий апендицит є неспецифічним запальним процесом у червоподібному відростку у відповідь на розмноження в його стінці мікроорганізмів ентерогенного походження. Теорії "застою", "закритих порожнин", роль копролітів. Особливості больового синдрому при різних варіантах розміщення апендикса. Стадійність змін стінки червоподібного відростка залежно від часу та передуючого лікування. Макроскопові характеристики катарального, флегмонозного, гангренозного та перфораційного апендициту.

**Напрямки дискусії:**

1. Роль особливостей іннервації у розвитку симптомів гострого апендициту
2. Відповідність морфологічних змін до вираженості клініки гострого апендициту та патоморфологічних його форм
3. Диференційна діагностика гострого апендициту
4. Макроскопова оцінка запальних змін апендикса.

Тема самостійної роботи № 16.

**Клінічна анатомія жіночих статевих органів. Операції при позаматковій вагітності, апоплексії яєчників і кістах**

**Навчальна мета заняття:** сформуванню у лікарів-інтернів знання і вміння з діагностики і лікування позаматкової вагітності, апоплексії яєчників, які необхідні для професійної діяльності лікаря – хірурга. Ознайомити з клінічною анатомією жіночих статевих органів

**Професійно орієнтована мета:** вивчити симптоматику позаматкової вагітності, апоплексії яєчників, оволодіти їх діагностикою; засвоїти питання профілактики та сучасні принципи лікування

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Клінічна анатомія жіночих статевих органів
2. Позаматкова вагітність – клініка, діагностика, лікування
3. Апоплексія яєчників – клініка, діагностика, лікування

**Короткий зміст заняття:**

За своїм розміщенням статеві органи жінки поділяються на зовнішні та внутрішні. До зовнішніх статевих органів жінки (*genitalia externa*) відносять лоно, великі статеві губи, малі статеві губи, клітор, присінок вагіни. До внутрішніх статевих органів (*genitalia interna*) належать піхва (*vaginae, colpos*), матка (*uterus*), маткові труби (*tubae uterinae*), яєчники (*ovarium, oophoron*). Положення матки, маткових труб і яєчників у малій мисці залежить від стану м'язів, фасцій тазового дна, а також зв'язкового апарату. У нормі матку з матковими трубами та яєчниками утримують підвішувальний, закріплювальний, підтримувальний (опорний) апарати. Внутрішні статеві органи кровопостачаються кров'ю із судин, які відходять безпосередньо від аорти (яєчникова артерія) і внутрішньої клубової артерії (маткова артерія). При позаматковій вагітності запліднена яйцеклітина прикріплюється не до матки, а усередині фаллопієвих труб. Коли стінка труби, не витримуючи навантаження, розривається, симптоми настільки яскраві, що їх просто не можна не помітити – сильний біль внизу живота, що супроводжується слабкістю, блідістю, підвищеним потовиділенням, часом – втратою свідомості, виникає внутрішня кровотеча. Апоплексія яєчника – це розрив яєчника, що несподівано настав, супроводжується крововиливом в тканину яєчника і/або внутрішньочеревною кровотечею. Найчастіше апоплексія відбувається в середині менструального циклу (приблизно на 12-15 день), або в другій половині циклу. Іноді біль буває настільки сильним, що призводить до серцево-судинної недостатності. Лікування – консервативне або хірургічне.

**Напрямки дискусії:**

1. Клінічна анатомія жіночих статевих органів
2. Позаматкова вагітність – клініка, діагностика, лікування
3. Апоплексія яєчників – клініка, діагностика, лікування.

Тема самостійної роботи № 17.

**Клінічна анатомія сечовивідних шляхів**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів-інтернів знання анатомії і топографії нирок та сечовидільних шляхів.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів синтопії органів черевної порожнини стосовно сечовивідних шляхів.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Анатомічна будова нирок
2. Скелетотопія та синтопія нирок
3. Кровопостачання нирок
4. Анатомічні особливості різних відділів сечоводів

**Короткий зміст заняття.**

У нирці людини є три, іноді дві великі чашечки. З'єднуючись одна з одною великі чашечки утворюють ниркову миску. Нирку вкривають три капсули: волокниста що прилягає безпосередньо до нирки і в здоровому стані легко відділяється, жирова яка обгортає нирку з усіх боків і завжди має достатню масу (особливо ззаду), і ниркова фасція – від поперекової фасції. Нирки розташовані в заочеревинному просторі в ніші, утвореній *mm. quadratus lumborum et psoas major*, на рівні тіл Th<sub>IV</sub>-Th<sub>VII</sub> хребців. Права нирка лежить нижче на 1-1,5 см від лівої (Th<sub>XI</sub>-L<sub>I</sub>). До верхніх кінців нирок прилягають надниркові залози. Передня поверхня правої нирки через пристінкову очеревину стикається з вісцеральною поверхнею правої частки печінки, правим згином ободової і частково з низхідною частиною дванадцятипалої кишок. Передня поверхня лівої нирки прилягає до шлунка (відмежована від нього пристінковою очеревиною і чепцевою сумкою), підшлункової залози, лівого згину ободової кишки і її низхідної частини. Кровопостачання нирки здійснюється однойменними артеріями, що відходять від черевної частини аорти. У воротах нирки ниркова артерія ділиться звичайно на три гілки: до верхнього та нижнього кінців і до центральної частини органа. Відтік венозної крові починається в нирковій корі зірчастими венулами, які добре видно на розрізі нирки, у мозковій речовині – прямими венулами. Далі ниркові вени повторюють хід артерій.

**Напрямки дискусії:**

1. Синтопія нирок та органів черевної порожнини
2. Фасції та клітковинні паранефральні простори
3. Особливості топографії сечоводів
4. Диференційна діагностика нефрон (уретро) літіазу з гострою хірургічною патологією.

Тема самостійної роботи № 18.

**Клініка, диференційна діагностика і лікування пельвіоперитоніту**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

**Напрямки дискусії:**

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



**Клініка, диференційна діагностика і лікування порушеної позаматкової вагітності**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

**Напрямки дискусії:**

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

**Перфорація матки з і без ушкодження органів черевної порожнини.**  
**Причини, діагностика і хірургічна тактика**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

**Напрямки дискусії:**

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

**Клінічна анатомія прямої кишки та клітковинних просторів малого тазу**

**Навчальна мета заняття:** сформуванню у лікарів-інтернів знання анатомії і топографії прямої кишки і клітинних просторів малого тазу.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів обґрунтуванню локалізації і поширення патологічних процесів у малому тазу.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Анатомія прямої кишки
2. Зв'язковий апарат прямої кишки і малого тазу
3. М'язова діафрагма тазу та фізіологія акту дефекації
4. Кровопостачання прямої кишки
5. Лімфовенозний відтік від відділів прямої кишки
6. Клітковинні простори малого тазу
7. Особливості анатомії малого тазу чоловіків і жінок

**Короткий зміст заняття:**

Ембріологія розвитку різних відділів прямої кишки і її розвиток в процесі онтогенезу. Поділ прямої кишки на відділи: анальний канал, ампула, надампулярний відділ. Фіксація прямої кишки до стінок тазу за рахунок зв'язкового апарату та м'язів прямої кишки. М'язова будова діафрагми тазу відрізняється у чоловіків та жінок. Участь леваторів і сфінктерів прямої кишки у різних фазах акту дефекації. Кровопостачання прямої кишки з басейнів нижньої брижової артерії – верхня прямокишкова артерія та внутрішніх клубових артерій – середні та нижні прямокишкові артерії. Венозний відтік – в басейни нижньої брижової та клубових вен за рахунок чого є зв'язок між порталною та кавальною венозною системами. Лімфовідтік йде за ходом віток нижньо-брижової артерії та в групи пахових лімфовузлів. Поділ клітковинних просторів малого тазу за рахунок м'язів та зв'язок на: підшкірний, підслизовий, ішіоректальний та пельвіоректальний простори.

**Напрямки дискусії:**

1. Роль ембріональних зачатків у формуванні різних відділів прямої кишки
2. Значення зв'язкового та м'язового апарату прямої кишки у її фіксації до малого тазу
3. Врахування кровопостачання прямої кишки у виборі підходів до операційного лікування патологічних процесів різних відділів прямої кишки
4. Портокавальні анастомози аноректальної ділянки
5. Шляхи метастазування пухлин прямої кишки
6. Залежність клініки гнійних параректальних процесів від їх локалізації.

**Клінічна анатомія тонкої та товстої кишки**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів-інтернів знання анатомічних особливостей тонкої та товстої кишки.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів топографічної анатомії та особливостей різних відділів кишок.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Відділи тонкої кишки
2. Кровопостачання тонкої кишки
3. Морфологія різних відділів тонкої кишки
4. Скелетотопія, синтопія та поділ ободової кишки на відділи
5. Кровопостачання ободової кишки
6. Лімфовенозний відтік та іннервація ободової кишки

**Короткий зміст заняття:**

Тонка кишка має три відділи: дванадцятипала, голодна (2/5) та клубова (3/5). Початковий і термінальний відділи її фіксовані і мають топографічну сталість. Край прикріплений до брижі (брижовий) не вкритий очеревиною. Довжина тонкої кишки у дорослих 8-11 м. Діаметр – від 4 см (на початку) до 2,5 см (вкінці). Стінка має 4 шари: серозний, м'язовий, підслизовий та слизовий. Кровопостачання 12-палої кишки здійснюється з басейнів черевного стовбура та верхньої брижової артерії за рахунок гастродуоденальної та нижньої панкреатодуоденальної артерії; голодної та клубової кишок – численними гілками верхньої мезентерійної артерії, які утворюють аркади 1-го, 2-го та 3-го порядку. Товста кишка складається з сліпої кишки (з червоподібним відростком) та ободової кишки, яка у свою чергу ділиться на висхідну, правий (печінковий) вигин, поперечну, лівий (селезінковий) вигин, низхідну та сигмоподібну кишки. Висхідний та низхідний відділи розміщені мезоперитонеально – тобто фіксовані. Кровопостачання товстої кишки забезпечують дві магістральні судини, що відходять від черевної аорти: а. mesentencae superior та а. mesentencae inferior. А. mesenterica superior віддає: 1) а. colica media – до правих двох третин поперечної ободової кишки, 2) а. colica dextra – до висхідної ободової і правого вигину ободової кишки 3) а. ileocolica – до термінального відділу клубової кишки, сліпої і початку висхідної ободової кишки, червоподібного відростка (а. appendicularis). А. mesenterica inferior, що відходить від черевної аорти нижче верхньої і нижче ниркових артерій, віддає а. colica sinistra до лівої третини поперечної ободової кишки, лівого вигину і низхідної ободової кишки та аа. sigmoideae – до сигмоподібної кишки. Кінцева гілка нижньої брижової артерії а. rectalis superior кровопостачає ампулярну частину прямої кишки. У брижі поперечної ободової кишки і її лівого анастомози між артеріями називають дугою Riolani. Венозний відтік від товстої кишки відбувається спочатку в екстраорганні прямі вени, які

вливаються в крайову вену, а далі по венах, однойменних артерій – у верхню і нижню брижові вени. V. mesenterica inferior проходить позаду парієтальної очередини лівого брижових синуса, потім ліворуч від flexura duodenojejunalis йде під тіло підшлункової залози і впадає в селезінкову вену або, рідше, безпосередньо у ворітну вену. Лімфовенозний відтік по ходу судин басейнів нижньої та верхньої брижових вен (система v. portae). Іннервація тонкої та товстої кишок здійснюється за рахунок симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи та власних нервових сплетінь.

### **Напрямки дискусії:**

1. Вплив топіки та кровопостачання дванадцятипалої кишки на технічні особливості операцій на ній
2. Мобілізація і резекція тонкої кишки
3. Залежність границь резекції від кровопостачання кишки
4. Визначення об'єму операцій при пухлинах ободової кишки з урахуванням кровопостачання та лімфовідтоку.

Тема самостійної роботи № 23.

### **Динамічна кишкова непрохідність, клініка, діагностика, лікування**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів-інтернів знання про динамічну кишкову непрохідність.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів діагностувати і лікувати динамічну кишкову непрохідність.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Види динамічної кишкової непрохідності.
2. Клініка спастичної і паралітичної кишкової непрохідності
3. Діагностика динамічної кишкової непрохідності.
4. Лікування динамічної кишкової непрохідності.

### **Короткий зміст заняття:**

Динамічна кишкова непрохідність поділяється на спастичну і паралітичну. Спастична частіше спостерігається в молодому віці, найчастіше вона зумовлена аскаридами, отруєнням свинцем і наркотичними речовинами, площинними спайками в черевній порожнині. Починається раптово. У животі з'являються сильні переймоподібні болі без чіткої локалізації. Загальний стан пацієнта мало змінюється, гемодинамічні розлади відсутні, живіт м'який, пальпація частіше не болюча. Лікування консервативне – спазмолітики, фізіотерапія, тепло на живіт. При паралітичній непрохідності спостерігається парез кишок на всьому протязі або на окремих ділянках. Причинами можуть бути різноманітні інтоксикації, операції, захворювання ЦНС. Клінічно – біль незначний, має ниючий характер. Початок захворювання поступовий. Є здуття живота і затримка випорожнення і газів. Перистальтичні шуми не вислуховуються. При рентгенографії рівномірно

роздуті петлі тонкої і товстої кишок, які формують кишкові арки. Лікування полягає в лікуванні основного захворювання. Постійна аспірація шлункового вмісту через зонд, відновлення водно-сольового гомеостазу, детоксикація, стимуляція перистальтики, антибактерійна терапія.

### **Напрямки дискусії:**

1. Що таке динамічна кишкова непрохідність.
2. Клініка та діагностика кишкової непрохідності.
3. Лікування різних видів динамічної кишкової непрохідності.

Тема самостійної роботи № 24.

### **Особливості передопераційної підготовки хворих на гостру кишкову непрохідність**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів-інтернів сучасні уявлення про передопераційну підготовку хворих із гострою кишковою непрохідністю.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів проводити корекцію змін в організмі хворого із гострою непрохідністю кишок різного генезу при передопераційній підготовці.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Клінічна анатомія тонкої і товстої кишки.
2. Класифікація гострої кишкової непрохідності.
3. Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій кишкової непрохідності.
4. Передопераційна підготовка у хворих із різними формами кишкової непрохідності.

### **Короткий зміст заняття:**

Обсяг і зміст передопераційної підготовки у хворих з гострою кишковою непрохідністю визначаються насамперед термінами госпіталізації та тяжкістю загального стану хворого. У всіх випадках програму підготовки встановлює анестезіолог, хірург і терапевт. Клінічна картина захворювання може мати бурхливий початок, виражений больовий синдром із частим блюванням, однак часто клініка може розвивається поволі, поступово, без яскравої маніфестації. Часте пізнє звернення і пізня госпіталізація поряд з більш вираженими патоморфологічними змінами призводять до декомпенсації важливих життєвих функцій, метаболічних порушень, розвитку зневоднення та ендотоксикозу. Інфузійна терапія покликана забезпечити виконання кількох завдань. Перш за все це усунення волемічних розладів, ступінь яких визначається показниками ОЦК і його компонентів. Не менш складним є інше завдання інфузійної терапії – усунення тканинної гіпогідратії. Особливе місце серед заходів передопераційного періоду займає превентивна антибактерійна терапія. Сенс її

при гострій непрохідності визначається високим ризиком гнійних післяопераційних ускладнень. Загальний термін передопераційного періоду при встановленому діагнозі не повинен перевищувати 1,5-2 год.

#### **Напрямки дискусії:**

1. Клінічна анатомія тонкої і товстої кишок.
2. Етіологія і патогенез гострої кишкової непрохідності.
3. Класифікація гострої кишкової непрохідності.
4. Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій кишковій непрохідності.
5. Основні етапи передопераційної підготовки.
6. Методи декомпресії кишок.
7. Критерії оцінки ефективності інфузійної терапії.
8. Антиботикопрофілактика у хворих із гострою кишковою непрохідністю.

Тема самостійної роботи № 25.

#### **Патоморфологічні і патофізіологічні зміни в організмі при гострій кишковій непрохідності. Передопераційна підготовка і післяопераційна ведення хворих**

**Навчальна мета заняття:** сформувані у лікарів-інтернів сучасне уявлення про патогенез та зміни в організмі при гострій кишковій непрохідності.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів інтерпретувати клінічно-патоморфологічні зміни в організмі при різних видах гострої кишкової непрохідності та проводити їх корекцію при передопераційному приготуванні.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Клінічна анатомія тонкої і товстої кишки.
2. Класифікація гострої кишкової непрохідності.
3. Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій кишковій непрохідності.
4. Синдром ентеральної недостатності при гострій кишковій непрохідності.
5. Передопераційне приготування у хворих із різними формами кишкової непрохідності.

#### **Короткий зміст заняття:**

Гостра кишкова непрохідність є одна із хірургічних проблем, яка вимагає чітких дій хірурга в організації діагностично-лікувальних заходів в обмежений проміжок часу (до 2-3 год.). Це зумовлено надзвичайно швидким розвитком дистрофічних змін у стінці кишки із порушенням усіх її функцій (моторно-евакуаційної, секреторної та ін.), виникненням патологічних змін в інших органах і системах, а також тяжких порушень водно-електролітного обміну і розвитком ендотоксикозу. У патогенезі деструктивних змін у стінці кишки

вирішальну роль відіграє її ішемія внаслідок порушення кровопостачання ураженого сегмента, вже через 2 год. вона стає критичною, а через 3 год. – незворотною. Основним джерелом розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій непрохідності є сама кишка. Її роль у виникненні ендотоксикозу зумовлена: 1) порушенням бар'єрної функції кишкової стінки через мікроциркуляційні й гіпоксичні зміни; 2) пригніченням імунної системи; 3) розвитком дисбактеріозу внаслідок транслокації нормальної мікрофлори кишки в її проксимальні відділи та набуття нею патогенних властивостей; 4) порушення порожнинного травлення, що зумовлює неповний гідроліз білка з накопиченням його продуктів у кишці. Таким чином, у патогенезі загальних розладів при гострій непрохідності кишок провідними є три процеси: порушення метаболізму на всіх рівнях, прогресування ендотоксикозу і розвиток поліорганної недостатності, які взаємно обтяжують перебіг одне одного, що слід мати на увазі під час вибору програми комплексної патогенетичної терапії таких хворих.

### **Напрямки дискусії:**

1. Клінічна анатомія тонкої і товстої кишок.
2. Етіологія і патогенез гострої кишкової непрохідності.
3. Класифікація гострої кишкової непрохідності.
4. Динамічна кишкова непрохідність: причини, види, лікувальна тактика.
5. Механічна кишкова непрохідність: причини, види, лікувальна тактика.
6. Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій кишковій непрохідності.
7. Бактерійна транслокація при гострій кишковій непрохідності, її вплив на посилення інтоксикаційного синдрому.
8. Поняття про синдром ентеральної недостатності при гострій кишковій непрохідності.
9. Значення інтоксикаційного синдрому для передопераційного приготування і післяопераційного ведення хворих із різними типами гострої кишкової непрохідності.
10. Методи декомпресії кишок. Ведення післяопераційного періоду

Тема самостійної роботи № 26.

### **Симптоматологія і діагностика різних видів внутрішніх черевних гриж та їх хірургічне лікування**

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

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



### **Теми реферативних повідомлень:**

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

### **Короткий зміст заняття:**

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

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

### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійної роботи № 27.

### **Діагностика та хірургічні методи лікування гриж білої лінії живота**

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

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

### **Теми реферативних повідомлень:**

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

### **Короткий зміст заняття:**

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

### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійної роботи № 28.

### **Контрастне дослідження стравоходу, шлунка та кишок.** **Іригоскопія та іригографія**

**Навчальна мета заняття:** сформувати уявлення про методи контрастного дослідження стравоходу, шлунка та кишок, показання та методика їх застосування.

**Професійно орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів розпізнавати патологію стравоходу, шлунка та кишок за результатами їх контрастного дослідження.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Показання та методи контрастного дослідження стравоходу
2. Показання та методи контрастного дослідження шлунка
3. Показання та методи контрастного дослідження кишок
4. Підготовка хворого і методики виконання контрастного дослідження стравоходу, шлунка та кишок
5. Клінічний аналіз результатів контрастного дослідження стравоходу, шлунка та кишок

**Короткий зміст заняття:**

Контрастне дослідження стравоходу з барієвою суспензією є основним методом, що дозволяє виявити функціональні і органічні порушення, такі як звуження і розширення, затримку контрастної суміші, дефекти наповнення, локалізацію пухлини, її поширення, проростання в інші органи тощо. Рентгенологічний метод особливо важливий для визначення конфігурації і розмірів шлунка та дванадцятипалої кишки, а також для оцінки їх моторно-евакуаційної функції. З огляду на це, контрастне дослідження може мати основне значення при виразковій хворобі, ускладненій стенозом із порушенням евакуації, дуоденостазі, дуоденально-шлунковому і шлунково-стравохідному рефлюксах, грижі стравохідного отвору діафрагми, дивертикулах тощо. Прямими ознаками виразки при контрастному рентгенообстеженні є: симптом "ніші", виразковий вал і конвергенція складок слизової оболонки. Непрямими: симптом "вказівного пальця", сегментарна гіперперистальтика, пілороспазм, затримка евакуації зі шлунка, дуодено-гастральний і шлунково-стравохідний рефлюкси. Контрастне дослідження тонкої і товстої кишки показане при порушенні їх моторно-евакуаторної функції і є основним методом дослідження при порушеннях цієї функції. На основі цього дослідження роблять висновки про швидкість просування контрасту, наявність і рівень перешкоди. Іригоскопія та іригографія – це основні рентгенологічні методики виявлення органічних, запальних і функціональних змін з боку ободової і прямої кишок і полягають у ретроградному їх заповненні контрастною масою, однак, враховуючи прогрес ендоскопічних технологій, тепер застосовуються доволі рідко.

**Напрямки дискусії:**

1. Показання до контрастного дослідження стравоходу, основні рентгенологічні симптоми
2. Показання до контрастного дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки, основні рентгенологічні симптоми
3. Контрастне дослідження тонкої кишки, показання, інтерпретація основних рентгенологічних симптомів

4. Контрастне дослідження товстої кишки, підготовка пацієнта, методика проведення дослідження
5. Значення отриманих результатів контрастного дослідження, їх клінічний аналіз.

### **Іригоскопія та іригографія**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів – інтернів сучасні знання про іригоскопію та іригографію.

**Практично орієнтована мета:** навчити лікарів – інтернів за показами застосовувати іригоскопію та іригографію.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Покази до проведення іригоскопії
2. Підготовка пацієнтів до рентгенологічного обстеження товстої кишки
3. Техніка проведення іригоскопії та іригографії
4. Характеристика іригограм при функціональних розладах, хронічних запальних процесах товстої кишки
5. Особливості застосування іригоскопії та іригографії при гострій хірургічній патології товстої кишки

#### **Короткий зміст заняття:**

Іригоскопія та іригографія – рентгенологічні методи обстеження товстої кишки, які за допомогою контрастної речовини, введеної в кишку дозволяють визначити наявність функціональних або органічних змін товстої кишки. Показом до виконання обстеження товстої кишки є доброякісні та злоякісні захворювання, дивертикулярна хвороба, хронічні запальні захворювання, вроджені захворювання, функціональні порушення, непрохідність товстої кишки. Підготовка до іригоскопії здійснюється за допомогою очисних клізм, гідроколонотерапії або послаблюючих препаратів (Фортранс, Ендофальк, Фліт Фосфо-сода) Іригоскопію проводять у пацієнтів шляхом введення в просвіт товстої кишки сульфату барію або водорозчинного контрасту (у дітей) з послідувачим виконанням іригограм при тугому заповненні товстої кишки та після випорожнення. Ефективним є також дослідження з подвійним контрастуванням кишки. Іригоскопія з іригографією при хронічному неспецифічному коліті та хворобі Крона допомагає визначити протяжність ураження товстої кишки, місця стенозування або токсичну дилатацію, наявність ерозій, виразок або псевдополіпозу. При функціональних розладах товстої кишки іригоскопія допомагає визначити колоптоз, доліхоколон, спастичні коліти. Важливе місце в діагностиці займає рентгенологічне обстеження при гострій патології товстої кишки (непрохідність кишок, дивертикуліти, хвороба Крона).

#### **Напрямки дискусії:**

1. Роль іригоскопії та іригографії в діагностиці патології товстої кишки

2. Методи підготовки хворих до іригоскопії та іригографії
3. Рентгенологічні ознаки хронічних запальних захворювань товстої кишки
4. Рентгенологічна картина вродженої патології товстої кишки
5. Застосування іригоскопії та іригографії при гострій хірургічній патології товстої кишки.

Тема самостійної роботи № 29.

**Лабораторна діагностика розладів білкового обміну, кислотно-лужного стану та водно-електролітних розладів. Клінічна оцінка їх показників**

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

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

**Теми реферативних повідомлень:**

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

**Короткий зміст заняття:**

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

гіпергідратація часто виникає при порушенні видільної функції нирок, при серцево-судинній недостатності, підвищеній проникності судинних стінок при алергії. При прогресуванні позаклітинної гіпергідратації виникає клітинна гіпергідратація. При порушенні електролітного обміну: гіпокаліємія спостерігається при пілоростенозах, кишкових норицях, цукровому діабеті. Гіперкаліємія – при масивних гемотрансфузіях, опіках, гнійно-септичних захворюваннях, гемолізі, пухлинах. Гіпонатріємія відмічається при серцево-судинній патології (безсольова дієта), видаленні великої кількості асцитичної рідини. Гіпернатріємія буває при тяжкому блюванні, проносах, поліуричних станах. В залежності від реакції середовища виділяють метаболічні та дихальні алкалози та ацидози.

### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійної роботи № 30.

### **Отримання, цитологічне і біохімічне дослідження виділень, пунктатів, біологічних рідин та їх клінічна оцінка**

**Навчальна мета заняття:** сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про цитологічне і біохімічне дослідження виділень, пунктатів та біологічних рідин.

**Практично орієнтована мета:** навчити лікарів – інтернів техніці пункцій серозних порожнин, пухлин, кістозних утворів та клінічній оцінці цито-біохімічних результатів.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Техніки отримання виділень з ран, патологічних утворів, гнійників, сечовидільної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту.
2. Мікроскопічна і бактеріологічна оцінка біологічних виділень.
3. Серозні порожнини, їх вміст в нормі та при патологічних станах. Класифікація випітних рідин.
4. Техніка виконання пункцій серозних порожнин.
5. Цитологічні і біохімічні характеристики пунктатів серозних рідин.
6. Методики отримання вмісту з кістозних утворів та його цитологічна, біохімічна та бактеріологічна оцінка.

7. Морфологічна оцінка тонко- та товстоголкових пункційних біопсій доброякісних та злоякісних новоутворів.

### **Короткий зміст заняття:**

Проведення цитологічного та біохімічного досліджень виділень (сечі, калу, мокротиння, патологічних виділень з рани, дренажів) є важливим для діагностики. Лабораторне дослідження дозволяє провести фізико-хімічну оцінку виділень, мікроскопію, біохімічні дослідження та бактеріологічну оцінку (виявити патогенну та умовно патогенну флору). Серозні порожнини (грудна, черевна порожнина, перикард) в нормі містять невелику кількість рідини. При патологічних станах в серозних порожнинах накопичується значна кількість ексудату (серозного, гнійного, хільозного, геморагічного, холестеринового) або трансудату. Отриманий випіт при дренованні або при пункції досліджують з визначенням фізико-хімічних, мікроскопічних, біохімічних та бактеріологічних характеристик. Патогномонічними елементами в пунктатах ехінококових кіст є сколекси, частини хітинової оболонки та кріючки ехінокока. Пунктати новоутворів дозволяють провести диференційну діагностику між доброякісним і злоякісним ураженням. Для злоякісних пухлин характерна атипівість клітин, що проявляється наявністю анапластичних клітин (недиференційовані клітини). Застосування товстоголкової пункційної біопсії дозволяє в ряді випадків, коли вдається взяти голкою стовпчик матеріалу, провести навіть гістологічне дослідження пухлини. Найбільш доцільно проводити пункційні біопсії під контролем ультразвукового апарату.

### **Напрямки дискусії:**

1. Цитологічна і бактеріологічна оцінка виділень з ран, гнійників, патологічних утворів.
2. Причини та види патологічних домішок в калі, сечі, мокротинні.
3. Техніка виконання плевральних та абдомінальних пункцій.
4. Фізико-хімічні та цитологічні відмінності між ексудатом і трансудатом. Види ексудатів.
5. Цитологічна характеристика пунктату з ехінококової кісти.
6. Характерні цитологічні ознаки доброякісних та злоякісних пухлин.

Тема самостійної роботи № 31.

### **Стимулювання процесів регенерації та імунної активності організму**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про трансфузійні та інфузійні засоби за їх патогенетичною спрямованістю і механізмом дії.

**Професійно орієнтована мета:** навчити широко використовувати у практичній діяльності сучасні трансфузійні та інфузійні засоби в залежності від їх патогенетичного спрямування та механізму дії.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Поняття про компонентну гемотрансфузійну терапію
2. Основні компоненти крові: еритроцитна, лейкоцитна, тромбоцитна маси, плазма
3. Препарати крові: препарати комплексної дії, коректори системи гемостазу, препарати імунної дії
4. Основні групи кровозамінників

### **Короткий зміст заняття:**

Одним із провідних принципів сучасної трансфузіології є цілеспрямоване застосування компонентів крові. Широке розповсюдження отримала компонентна терапія – використання окремих складових частин (компонентів) крові. Завдяки компонентній терапії є можливість проводити цілеспрямований вплив на організм, отримати значно більшу лікувальну ефективність при низці патологічних станів і одночасно уникнути негативних наслідків, характерних для переливання цільної крові. При гострій і хронічній крововтраті доцільно переливати еритроцитну масу; при тромбоцитопенічних станах – тромбоцитну масу; при лейкопенії – лейкоцитну масу; при дефіциті ОЦК, гіпопротеїнемії, порушеннях згортання тощо – плазму крові; при диспротеїнемії і гіпопротеїнемії – розчини альбуміну, протеїну. На сьогодні в світі є декілька тисяч лікарських засобів, які відносять до групи кровозамінників. Їх широко застосовують для підтримки і корекції основних констант гомеостазу при різних патологічних станах. Кровозамінники відрізняються високою ефективністю, цілеспрямованістю дії, їх переливання проводять без врахування групової приналежності. Вони мають більші терміни зберігання, добре транспортуються і ними можна забезпечити великі контингенти хворих і поранених в екстремальних ситуаціях.

### **Напрямки дискусії:**

1. Сучасний стан гемотрансфузійної терапії в Україні
2. Компонентна гемотрансфузійна терапія – види, показання, протипоказання до використання різних препаратів крові
3. Основні групи кровозамінників:
  - кровозамінники гемодинамічної дії,
  - кровозамінники дезінтоксикаційної дії,
  - препарати для парентерального харчування,
  - електролітні розчини
4. Принципи парентерального харчування
5. Основні етапи і послідовність дій лікаря при використанні трансфузійних та інфузійних засобів
6. Трансфузійні реакції та ускладнення.



**Визначення груп крові за антигенними системами АВО та Rh. Методи та техніка переливання компонентів крові. Проби на сумісність**

**Навчальна мета заняття:** сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про групи крові, методи і техніки переливання компонентів крові.

**Практично орієнтована мета:** навчити визначати групи крові та оволодіти технікою переливання компонентів крові.

**Теми реферативних повідомлень:**

1. Класифікація груп крові за антигенними системами АВО та Rh
2. Сучасні методи та техніки визначення груп крові людини
3. Методи визначення Rh фактора
4. Характеристика компонентів та препаратів крові
5. Сучасна стратегія гемотрансфузій
6. Переливання крові, виконання проб на сумісність
7. Реакції та ускладнення під час переливання крові та її компонентів

**Короткий зміст заняття:**

Визначення групи крові у клінічній практиці включає в себе ідентифікацію еритроцитарних антигенів системи О, А і В, та Rh фактора, так як ці аглютиногени найбільш активні і є найчастішою причиною несумісності. На підставі визначення групових антигенів АВО та аглютинінів плазми виділяють 4 групи крові. У практичній медицині застосовують такі методи визначення груп крові : проста реакція із стандартними сироватками, подвійна реакція із стандартними відмитими еритроцитами та за допомогою цоліклонів анти-А і анти-В. Визначення Rh фактору здійснюють у чашках Петрі та за допомогою реакції конглютинації із застосуванням желатини, експрес-методу. Сучасні підходи до гемотрансфузій передбачають компонентну гемотерапію, суть якої полягає в диференційованому застосуванні тих чи інших компонентів донорської крові (еритроцитарної маси, відмитих еритроцитів, тромбоцитарної і лейкоцитарної маси , плазми, білкових препаратів). Переливання компонентів крові відповідно до життєвих показань потрібно поєднувати з трансфузією плазмозамінників, кровозамінників гемодинамічної і реологічної дії. Така тактика робить гемотрансфузії більш ефективними і безпечними (зменшує кількість алергічних, пірогенних, анафілактичних та інших реакцій).

**Напрямки дискусії:**

1. Характеристика груп крові людини за антигенними системами АВО
2. Техніки визначення груп крові
3. Методики визначення Rh фактору
4. Характеристика основних компонентів та препаратів крові
5. Методи та техніка виконання гемотрансфузій
6. Характеристика коректорів гемостазу

## 7. Можливі ускладнення при переливання крові та її компонентів

Тема самостійної роботи № 33.

### Зондове і лікувальне харчування хірургічних хворих

**Навчальна мета заняття:** сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про ентеральне зондове і лікувальне харчування хірургічних хворих.

**Практично орієнтована мета:** навчити лікарів – інтернів основам зондового харчування та застосування лікувальних дієт у хірургічних хворих.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Перевага та цінність ентерального зондового харчування
2. Покази до проведення ентерального харчування у хірургічних хворих
3. Техніка і варіанти постановки зондів для ентерального харчування
4. Характеристика харчових сумішей для зондового харчування
5. Сучасна стратегія ентерального харчування
6. Реакції та ускладнення під час проведення ентерального зондового харчування
7. Застосування лікувальних дієт у хірургічних хворих

#### **Короткий зміст заняття:**

Необхідність ентерального харчування визначається станом пацієнта та його хворобою. Розпочинати ентеральне харчування доцільно після стабілізації основних параметрів, які характеризують стан центральної та периферійної гемодинаміки. До початку раннього ентерального харчування у важких пацієнтів необхідно провести підготовку гастро-інтестинального тракту, компонентами якої являються: покращання мезентеріального кровоплину, стимулювання моторики кишок, нормалізація рН кишкової стінки, корекція біоценозу кишок. Принципами ентерального харчування є своєчасність його початку, оптимальні строки здійснення харчування, яке необхідно проводити до повної стабілізації стану пацієнта. Кількість і якість нутрієнтів повинно забезпечувати не тільки енергетичні, а й пластичні процеси. Виділяють наступні доступи для здійснення ентерального харчування: назо-ентеральні, ендоскопічні, лапароскопічні і хірургічні (гастро- або єюностома). Всі суміші для зондового харчування можна поділити на: лікарські нутритивні (амінокислоти, електроліти з мікроелементами і вітамінами, жирові суміші), натуральні харчові продукти (м'ясо, молочні продукти, картопляне пюре, та інші), штучні збалансовані харчові суміші. Сучасні суміші для ентерального харчування характеризуються високою калорійністю, низькою щільністю, не викликають гіперперистальтику, є безлактозними. Ускладнення при проведенні зондового харчування: аспірація, утворення фістули, нудота, блювання, проноси, метаболічні порушення.

### **Напрямки дискусії:**

1. Покази та протипокази до проведення ентерального зондового харчування
2. Способи постановки ентеральних зондів для харчування у хірургічних хворих у післяопераційному періоді
3. Лапароскопічні та традиційні хірургічні методи постановки зондів для ентерального харчування
4. Види харчових сумішей для нутритивної підтримки
5. Моніторинг ефективності ентерального харчування
6. Характеристика ускладнень при проведенні зондового ентерального харчування
7. Лікувальні дієти, які застосовується після хірургічних втручань на шлунково-кишковому тракті та жовчно-вивідних шляхах.

Тема самостійної роботи № 34.

### **Інфузійно-трансфузійна терапія при дефіциті білків плазми крові, інтоксикаціях**

**Навчальна мета заняття:** сформувати у лікарів – інтернів сучасні знання про інфузійно-трансфузійну терапію при дефіциті білків плазми крові та інтоксикаціях

**Практично орієнтована мета:** навчити лікарів – інтернів проводити інфузійно-трансфузійну терапію при дефіциті білків плазми крові та інтоксикаціях

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Білковий склад плазми крові
2. Біологічні функції білків плазми крові. Клініко-діагностичне значення дослідження протеїнограми
3. Основні типи змін в білковому спектрі сироватки крові (гострі та хронічні запальні процеси, при злоякісних новоутворах)
4. Інфузійно-трансфузійна терапія при дефіциті білків плазми крові
5. Причини виникнення та класифікація інтоксикацій
6. Характеристика препаратів для дезінтоксикаційної інфузійної терапії

### **Короткий зміст заняття:**

Білковий склад плазми крові: альбуміни, глобуліни ( $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\gamma$ -глобуліни та фібриноген) становлять близько 1 % об'єму плазми (65-85 г/л). Найбільшу частку складають альбуміни – 40 г/л. альбуміни створюють онкотичний тиск, регулюють об'єм циркулюючої крові та інтенсивність утворення сечі, а також є білковим резервом організму, з якого утворюються амінокислоти. Альбуміни та глобуліни ( $\alpha$ - і  $\beta$ -) виконують транспортну функцію, переносять гормони, залізо, ліпіди тощо. Гамма-глобуліни є антитілами, виконують захисну функцію, беруть участь в забезпеченні імунітету. Білки крові підтримують її в'язкість, а це призводить до підтримання тиску в судинах. Фібриноген бере

участь у згортанні крові і, таким чином, зупинці кровотечі. Білки сироватки крові діляться на 5 фракцій: альбумін та 4 глобулінові. Типи змін в білковому спектрі сироватки відповідають певним захворюванням. Гострі запальні процеси (сепсис, перитоніт, пневмонії) характеризуються значним зменшенням альбуміну, і збільшенням  $\alpha$ -1 і  $\alpha$ -2 – глобулінів. Хронічні запальні процеси – помірне зниження альбуміну, і значне збільшення  $\alpha$ -2 і  $\gamma$  – глобуліну. Злоякісні новоутвори – різке зниження альбуміну і різке підвищення всіх глобулінових фракцій. Інфузійна терапія при дефіциті білків плазми направлена на ліквідацію гіпопротеїнемії, диспротеїнемії, імунодефіциту. Препаратами, які застосовуються у клінічній практиці є: альбумін 5-10-20%, свіжозаморожена плазма, фібриноген, інфезол, аміносол-нео 10%, Вимогами до препаратів інфузійної дезінтоксикаційної терапії є: викликати гемодилуцію, форсувати діурез, підтримати функціональний стан гепатоцитів, ліквідувати наслідки інтоксикаційного синдрому. У клінічній практиці застосовують такі фармзасоби: нео-гемодез, сорбілакт, реосорбілакт, ксилат, мафусол, реамберин.

### **Напрямки дискусії:**

1. Білкові фракції крові. Основні білки  $\alpha$ - і  $\beta$ -глобулінових фракцій та їх функції
2. Характеристика білкового спектру сироватки крові при гострих та хронічних запальних процесах
3. Характеристика клітинної та позаклітинної гіпергідратації
4. Характеристика препаратів інфузійно-трансфузійної терапії при гіпопротеїнемії і диспротеїнемії
5. Класифікація інтоксикацій. Вимоги до препаратів інфузійної дезінтоксикаційної терапії
6. Характеристика препаратів для інфузійної дезінтоксикаційної терапії.

Тема самостійної роботи № 35.

### **Парентеральне харчування хірургічних хворих**

**Навчальна мета заняття:** сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про парентеральне харчування хірургічних хворих.

**Практично орієнтована мета:** навчити лікарів-інтернів основам парентерального харчування хірургічних хворих.

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Визначення парентерального харчування, його основні складові та шляхи проведення.
2. Покази та протипокази для проведення парентерального харчування у хірургічних хворих.
3. Методики проведення розрахунків енергетичних затрат у хворих.
4. Характеристика основних груп препаратів парентерального харчування.

5. Потреби в мікроелементах, електролітах, вітамінах при нутритивній підтримці.
6. Формування раціональних програм нутритивної підтримки хірургічних хворих. Нова технологія парентерального харчування "все в одному".
7. Ускладнення при проведенні парентерального харчування.

#### **Короткий зміст заняття:**

Парентеральне харчування застосовується при неможливості або недостатності природного харчування. Метою парентерального харчування є забезпечення організму пластичним матеріалом, енергетичними ресурсами, електролітами, мікроелементами і вітамінами. Для підрахунку енергетичних затрат застосовується основний обмін, що представляє мінімальні енергетичні потреби в умовах повного спокою, враховуючи стать, масу тіла, температуру, вік, а також загальний стан пацієнта, вид хірургічного втручання або травми. Основним джерелом енергії при парентеральному харчуванні є розчини глюкози, сорбітолу, фруктози. Широке застосування жирових емульсій обумовлене тим, що вони є найвигіднішим джерелом енергії. Білкові гідролізати і розчини кристалічних амінокислот (містять незамінні амінокислоти) є джерелом амінного азоту при парентеральному харчуванні. При формуванні раціональних схем парентерального харчування необхідно враховувати потреби у воді, електролітах, мікроелементах, а також наявність супровідної патології.

#### **Напрямки дискусії:**

1. Основні складові парентерального харчування.
2. Види та характеристика амінокислот для парентерального харчування.
3. Види та характеристика жирових емульсій та вітаміно-мікроелементних комплексів для проведення парентерального харчування.
4. Покази та протипокази для проведення парентерального харчування.
5. Режими парентерального харчування.
6. Характеристика сучасної концепції нутритивної підтримки "все в одному".

Тема самостійної роботи № 36.

#### **Дивертикули дванадцятипалої кишки**

**Навчальна мета заняття:** ознайомлення лікарів-інтернів з дивертикулами дванадцятипалої кишки, обговорити ускладнення даної патології, навчити диференційованого підходу при виборі лікування

**Професійно орієнтована мета:** перевірити знання лікарів-інтернів анатомії, топографії, фізіології дванадцятипалої кишки, етіології дивертикула, патогенезу і клініки, обговорити ускладнення даної патології, навчити диференційного підходу при виборі лікування

### **Теми реферативних повідомлень:**

- 1.Класифікація дивертикулів дванадцятипалої кишки
- 2.Методи діагностики та клінічна картина
- 3.Методи лікування

### **Короткий зміст заняття:**

Дивертикули дванадцятипалої кишки за частотою займають друге місце після дивертикулів ободової кишки, переважно вроджені. Тільки 5% дивертикулів супроводжуються клінічними проявами. Локалізуються переважно на внутрішній поверхні кишки. Дивертикули можуть бути поодинокими і множинними (кожен 3-4-й дивертикул). Клінічні прояви виникають тільки при ускладненнях. Дивертикули верхнього горизонтального відділу проявляються клінічною симптоматикою виразкової хвороби, що пов'язано з попаданням в дивертикул кислого вмісту і виникненням у ньому ерозії і виразки. Дивертикул низхідного відділу кишки при виникненні запалення в ньому може зумовити компресію великого сосочка дванадцятипалої кишки з подальшим розвитком холангіту, панкреатиту, механічної жовтяниці. Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини, контрастного рентгенологічного дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденоскопії. Лікування в основному консервативне. Воно спрямоване на лікування та профілактику дивертикуліта. При рецидивуванні ускладнень, великих розмірах дивертикула показано операційне лікування.

### **Напрямки дискусії:**

- 1.Локалізація дивертикулів
- 2.Клінічна картина
- 3.Методи діагностики та лікування
- 4.Ускладнення дивертикулів

Тема самостійної роботи № 37.

### **Рентгенографія, оглядова і прицільна рентгенографія в діагностиці захворювань органів грудної клітки. Бронхографія**

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

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

### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Основні види променевих обстежень органів грудної клітки.
2. Значення комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії в діагностиці захворювань органів грудної клітки.
3. Допоміжні методи обстеження (бронхографія, бронхоскопія)

4. Використання результатів рентгеноскопії органів грудної клітки для диференційної діагностики їх захворювань.

#### **Короткий зміст заняття:**

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

#### **Напрямки дискусії:**

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

Тема самостійного заняття № 38.

**Завдання, зміст і хірургічні можливості ОмедБ. Зміст і обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги. Зміст роботи хірурга в сортувальних та евакуаційних палатах. Задачі, організаційно-штатна структура, оснащення, обладнання та організація роботи військових польових хірургічних госпіталів.**

**Навчальна мета заняття:** ознайомлення лікарів-інтернів із завданнями та змістом роботи ОмедБ.

**Професійно орієнтована мета:** ознайомлення лікарів-інтернів основам роботи хірурга в сортувальних та евакуаційних палатах у військових польових госпіталях.

#### **Теми реферативних повідомлень:**

1. Завдання та хірургічні можливості ОмедБ.
2. Зміст роботи хірурга в сортувальних та евакуаційних палатах.
3. Оснащення та обладнання військових польових госпіталів.

### **Короткий зміст заняття:**

В мирний час охорона здоров'я забезпечує високоякісне лікування хворих, як правило, в одному лікувальному закладі, що знаходиться неподалік від місця де наступила хвороба. Не дивлячись на очевидні переваги, використовувати такий порядок лікування хворих в діючій армії військово-медична служба не може. Цьому перешкоджають складні умови її роботи, які залежать перш за все від характерних рис сучасного бою. Вони заключаються в великому розмаху та безперервності бойових дій, маневруванні військ, високих темпів їх переміщення активності в обороні, надзвичайній мінливості обстановки. Бойові дії можуть супроводжуватися значними та різними по характеру втратами особового складу, які виникають нерівномірно як по місцю (підрозділу, частини, з'єднання), так і в часі. Нарешті, особовий склад медичної служби діючої армії, а особливо медичний склад підрозділів та частин буде працювати в умовах постійної небезпеки ураження бойовими засобами противника. Це відноситься до можливості повторного ураження поранених та хворих, що залишились на полі бою.

Лікувально-евакуаційні заходи є важливою складовою медичного забезпечення частин збройних сил у воєнний час. Головна їх мета -збереження життя та швидке відновлення боєздатності та працездатності якомога більшої кількості військовослужбовців, звільнених з лав у результаті бойового ураження чи захворювання, що являється в умовах сучасної війни найбільш ефективним засобом поповнення масових бойових втрат особового складу військ.

Поняття та зміст лікувально-евакуаційних заходів. Головні етапи розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення. Суть сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів, її основоположні принципи. Лікувально-евакуаційні заходи військ являють собою сукупність заходів по наданню медичної допомоги пораненим та хворим, їх евакуації та лікуванню Історія медичної допомоги засвідчує про достатньо велику різноманітність форм та методів організації лікувально-евакуаційних заходів військах. Вони змінювались та вдосконалювались по мірі зміни факторів, що здійснюють вирішальний вплив на діяльність медичної служби. До цих факторів відносяться: соціально-економічний та політичний лад держави, організація збройних сил, їх технічне оснащення, особливо засобами ураження, рівень розвитку військового мистецтва, медичної науки та системи охорони здоров'я, економічний потенціал країни. Особливості тієї чи іншої лікувально-евакуаційної системи, що залежать від особливих умов ведення війни та Інших операцій, досить різноманітні та визначаються двома основними тенденціями в організації лікувально-евакуаційних заходів. Перша характеризується прагненням організувати лікування поранених та хворих біля зони бойових дій ("лікування на місці"), друга -прагненням вивести (евакуювати) з тієї зони велику частину поранених та хворих якомога далі в тил. При цьому "лікування на місці" отримало широке застосування у період становлення військової медицини, коли обмежені в чисельності армії використовували малорухливі



лінійні бойові порядки та володіли досить слабким маневруванням, кінець війни вирішувався у ході одного, або декількох генеральних боїв, які проводились на досить обмеженій території, коли шляхи та засоби зв'язку були не досить досконалі, а методи лікування також досить примітивними. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення з переважанням евакуаційних заходів обумовлена неможливістю здійснювати лікування великої кількості поранених та хворих у безпосередній близькості до лінії фронту, так як збільшувалась вірогідність їх повторного ураження та виникала необхідність підвищенні рухливості засобів медичної служби через маневровий характер бойових дій. Великий вплив на посилення евакуаційної тенденції вчинило вдосконалення шляхів та засобів сполучення, а особливо поява залізничного, а потім автомобільного та авіаційного транспорту. Не менше значення мало ускладнення самого процесу лікування поранених та хворих, обумовлене розвитком медичної науки та технічного оснащення медичної служби. Слід підкреслити, що евакуаційна система та система лікування на місці рідко зустрічалась на практиці медичного забезпечення військ у "чистому вигляді". В залежності від конкретних умов обстановки у одних випадках переважало лікування уражених та хворих "на місці" - поблизу від зони бойових дій, а в інших-евакуація у тил

#### **Напрямки дискусії:**

1. Завдання, зміст та обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги ОмедБ.
2. Особливості роботи хірурга в сортувальних палатах.
3. Зміст роботи лікарів в сортувальних та евакуаційних палатах.
4. Задачі та оснащення військових польових хірургічних госпіталів.
5. Організація роботи військових польових хірургічних госпіталів.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### 1. Медичні ресурси мережі Інтернет

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

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

45. Ковалев А.И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А.И.Ковалев. – М.: Бином, 2014. – 358 с.
46. Козлов В.К. Сепсис: этиология, Иммунопатогенез, концепция иммунотерапии. – К.: «АННА - Т», 2007. – 296с.
47. Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей / С.Н. Козлов. – М.: МИА, 2009. – 448 с.
48. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит.–Донецк, 2008.–352с.
49. Кондратенко П.Г., Губергриц Н.Б., Элин Ф.Э., Смирнов Н.Л. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей. – Х.: Факт, 2006. – 385 с.
50. Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Е.Е. Острое кровотечением в просвет органов пищеварительного канала: Практическое руководство. – Донецк, 2006. – 420 с.
51. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 512 с.
52. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. Гастроинтестинальная эндоскопия: Практическое руководство. – Донецк, 2007. – 374 с.
53. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии. – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
54. Кусталоу К. Неотложные врачебные манипуляции. Цветной атлас/К. Кусталоу. – М.: Практика, 2006. – 160 с.
55. Лебедев Н.В. Гастродуоденальные кровотечения/ Н.В.Лебедев.– М.: Бином, 2015. – 232 с.
56. Лысенко М. В. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика /М. В. Лысенко.–М.: Литтерра, 2010. – 176 с.
57. Маврин М.И. Атлас операций на органах желудочно–кишечного тракта и поджелудочной железе / М.И. Маврин. – М.: Казань, 2013. – 52 с.
58. Майстренко Н.А. Практикум по неотложной абдоминальной хирургии/ Н.А. Майстренко. – С-Пб.: ЭЛБИ–С-Пб, 2011. – 288 с.
59. Мак-Интайр Р.Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии /Мак–Интайр Р.Б.,Стигманн Г.В., Айсман Б.; пер. с англ В.Д. Федорова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 744 с.
60. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М, Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
61. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосенцев Н.Ф. Сепсис (эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия). – Днепропетровск: АРТПРЕСС, 2004. – 158 с.
62. Мамчур В.Й., Десятерик В.І., Котов О.В. Антибактеріальна терапія та профілактика в хірургії // Кривий Ріг – 2012 – 110с.
63. Медико-соціальна експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності: Навчально-методичний посібник/ Іпатов А.В., Науменко Л.Ю., Сергієні О.В., [і ін.] – Д.: Друк. ДНУ, 2006. – 350 с.
64. Меньков А.В. Основы ухода за больными в хирургической клинике /А.В.Меньков. – Нижний Новгород: НГМА, 2014. – 114 с.
65. Невідкладна військова хірургія : [посібник] : присвяч. військ. лікарям / Інститут Бордена (США); ред.: В. Чаплик, П. Олійник, А. Цегельський ; пер. з англ. А. Кордіак

- [та ін.]. - 4-те америк. перегл. і випр. вид. : укр. вид. - Київ : Наш формат, 2015. – 540 с.
66. Непроходимость кишечника (Руководство для врачей). / Под ред. А.П. Радзиховского. – К.: Феникс, 2012. – 504 с.
67. Никифорова Я.В. Основные положения Согласительной конференции по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* — Маастрихт V (2015) / Я.В. Никифорова, Н. И.Черелюк, Т. Н.Толстова // Сучасна гастроентерол.— 2016.— №6(92).— С. 119—133.
68. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. – К.: Маком, 2006. – 344 с.
69. Овчинников В.А. Соединение тканей в хирургии: руководство для врачей / В.А.Овчинников. – Нижний Новгород: НГМА, 2014. – 152 с.
70. Онкологія: Підручник. 3 видання, перероб. і доп. За ред. проф. Б.Т. Білінський К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
71. Оперативная лапароскопия. Н.Е.Чернеховская, В.Г.Андреев, А.В.Поваляев. – М.: «МЕДпрессинформ», 2010. – 190 с.
72. Оперативная хирургия. Учебное пособие / Гетьман И.Б. – Издательство: Научная книга, Саратов, 2012. – 159 с.
73. Осипова, Н. А. Боль в хирургии: средства и способы защиты / Н. А. Осипова, В. В. Петрова. – М.: МИА, 2013. – 464 с.
74. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. — 224 с.
75. Поздняков Б. В. Основы оперативной хирургии внепеченочных желчевыводящих путей / Б. В. Поздняков. – СПб.: ЭЛБИ–С–Пб, 2011. – 384 с.
76. Рациональная инфузионная терапия / под ред. В.И. Черния. – Д.: Заславский, 2012. – 184 с.
77. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози. – Ужгород: ВЕТА Закарпаття, 2006. – 204с.
78. Савельев В.С. Панкреонекрозы/ В.С.Савельева. – М.:МИА, 2008. – 264 с.
79. Савельев В.С. Перитонит / В.С.Савельев. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
80. Савельев В.С. Сепсис: классификация, клинико–диагностическая концепция и лечение/ В.С. Савельев. – М.: МИА, 2013. – 360 с.
81. Сажин, В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 512 с.
82. Сахарчук И.И. Воспалительные заболевания легких и плевры. – К.: Книга плюс, 2006. – 296 с.
83. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения. – С-Пб.:ЭЛБИ–С–Пб, 2007. – 415 с.
84. Сепсис и полиорганная недостаточность / В.Ф. Саенко, В.И. Десятерик, Т.А. Перцева, В.В. Шаповалюк. – Кривой Рог: Минерал, 2005. – 466 с.
85. Сосудистая хирургия по Хаймовичу/ под редакцией Э. Ашера. – М.: Бином., 2010. – 1184 с.
86. Стандарти організації та професійноорієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота // Науково-методичне видання // За редакцією Березницького Я.С., Фоміна П.Д. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2010 – 470с. (серія «Бібліотека «Здоров'я України»)

87. Стражнов А.В. Патология пищевода, требующая неотложной помощи. – Нижний Новгород: НГМА, 2007. – 108 с.
88. Торакальна травма: учебовий 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. Шулутко 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. — 11<sup>th</sup> ed. — Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2008. — 1872p.
121. Brethauer S. Minimally Invasive Bariatric Surgery / Stacy Brethauer, Philip R. Schauer, Bruce D. Schirmer // Springer-Verlag New York. Distribution rights for India: Delhi Book Store, New Delhi, India. – 2015. – 544 p.
122. Canonico Silvestro. Inguinal Hernia / InTech. – 2014. – 132 p.
123. Clinical Management of Thyroid Disease / Ed. by F.E. Wondisford, S. Radovick. — John Hopkins University School of Medicine. — Baltimore, Maryland, 2009. — 860 p.
124. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. by J. E. Dominguez-Munoz. — Oxford [et al.]: A Blackwell Publ. Co., 2005. — 535 p.
125. Dai Yamanouchi. Vascular surgery. InTech. – 2012. – 262 p.
126. Dienemann Hendrik C. Chest Surgery / Hendrik C. Dienemann, Hans Hoffmann, Frank C. Detterbeck // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2015. – 544 p.
127. Dubrana F. Techniques chirurgicales / Frederic Dubrana, Philippe Pasquier // Springer-Verlag Paris. – 2011. – 387 p.
128. Givel J-C. Anorectal and colonic diseases. A practical guide to their management / J-C. Givel, N.J. Mortensen, B. Roche // Third edition. – Springer. – 2006. – 802 p.
129. Hirsh J. Guidelines for antithrombotic therapy / J. Hirsh // Eight Edition. Hamilton: BC Decker Inc. — 2008. — 180 s.
130. Hyung Kyu Yang. Hemorrhoids / Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2014. – 142 p.
131. J.R. Howe. Endocrine and Neuroendocrine Surgery / James R. Howe // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2017. – 160 p.
132. Kingsnorth A. N. Management of abdominal hernias / A. N. Kingsnorth. — 2001. – 420 p.

133. Lumley J.S.P. Vascular Surgery / J.S.P. Lumley, Jamal J. Hoballah // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – 462 p.
134. Moshe Schein. Schein's common sense emergency abdominal surgery. Springer. – 2005. – 458 p.
135. 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. 7<sup>th</sup> edition. Lorne H. Blackbourne / LWW, Sewenth, North American edition – 2014 – 824 pages
145. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Third edition. / S.R. Steele, T. L. Hull, Th.E. Read, T.J. Saclarides, A.J. Senagore, C.B. Whitlow // Springer International Publishing. – 2016. – 1292 p.
146. The Globesity Challenge to General surgery. Foletto, Mirto, Rosenthal, Raul // Springer-Verlag, Padua, Italia – 2014 – 246p.
147. Wexner S.D. Colon and rectal surgery. Abdominal operations / S.D. Wexner, J.W. Fleshman // Lippincott Williams & Wilkins. – 2012. – 612 p.
148. Wu S. Atlas of Single-Incision Laparoscopic Operations in General Surgery / Shuodong Wu, Ying Fan, Yu Tian // Springer Netherlands. – 2013. – 438 p.
149. Zinner M. Maingots Abdominal Operations. McGraw Hill Professional. – 2007. – 1488 p.
150. Zongcheng Yang. Chinese Burn Surgery / Springer Netherlands. – 2015. – 481 p.