

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



Методичні розробки семінарських занять

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

СЕМІНАРСЬКІ ЗАНЯТТЯ

Тематичний план семінарів для здобувачів PhD за спеціальністю "Хірургія"

		(частина перша)	год.
1.	сем	Правові основи діяльності хірурга. Управління та планування в хірургічній службі	2
2.	сем	Методи дослідження гелікобактерної інфекції	2
3.	сем	Гострі ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.	4
4.	сем	Сучасні методи лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки	4
5.	сем	Операції на шлунку: гастростомія, гастроентеростомія, висічення виразки, резекція шлунка.	4
6.	сем	Ускладнення гострого апендициту.	2
7.	сем	Діагностичні, тактичні й технічні помилки при гострому апендициті	4
8.	сем	Гінекологічні захворювання в ургентній хірургії	2
9.	сем	Клініка і диференційна діагностика механічної кишкової непрохідності: тонко- та товстокишкової, обтураційної, странгуляційної, інвагінаційної та спайкової.	4
10.	сем	Лікувальна тактика і види хірургічних втручань при кишкової непрохідності	2
11.	сем	Клінічна анатомія черевної стінки. Топографія пахвинного і стегового каналів. Операційні доступи до органів черевної порожнини.	4
12.	сем	Захворювання які симулюють гострі захворювання органів черевної порожнини	4
13.	сем	Зашивання ран органів шлунково-кишкового тракту. Види швів при операціях на травному тракті	4
14.	сем	Релапаротомія в ургентній хірургії	2
15.	сем	Характеристика цільної крові, її компонентів та препаратів крові. Показання та протипоказання до застосування, ускладнення при переливанні компонентів крові	2
16.	сем	Сучасні трансфузійні та інфузійні засоби за їх патогенетичною спрямованістю і механізмом дії	2
17.	сем	Причини виникнення і профілактика тромбоемболічних ускладнень у хірургії	4
Всього			62
		(частина друга)	год.
18.	сем	Госпітальна інфекція і методи її профілактики	4
19.	сем	Анаеробна інфекція (газова гангрена)	2
20.	сем	Програмована і вимушена релапаротомії. Показання до них	2
21.	сем	Лікування розповсюдженого гнійного перитоніту	4
22.	сем	Постхолецистектомічний синдром. Сучасні погляди на його визначення і причини. Показання і види повторних операцій на жовчних шляхах. Операційні діагностичні дослідження	4
23.	сем	Інтраопераційні ускладнення при операціях на жовчних шляхах	4
24.	сем	Діагностика ушкоджень жовчних шляхів в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах. Тактика і вибір методу операції	4
25.	сем	Відновні та реконструкційні операції на жовчних шляхах. Білідигестивні анастомози.	4

26.	сем	Показання і техніка операцій на великому дуоденальному сосочку	4	
27.	сем	Цироз печінки і портальна гіпертензія. Класифікація, хірургічна тактика залежно від виду і ускладнень. Безпосередні і віддалені результати операційного втручання	4	
28.	сем	Ендоскопічне стентування жовчних протоків	4	
29.	сем	Тактика хірурга при гострій кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу і шлунка. Методи зупинки кровотечі	4	
30.	сем	Клініка і діагностика гострого панкреатиту в залежності від його форми	4	
31.	сем	Показання і види операцій при гострому панкреатиті	4	
32.	сем	Способи хірургічного лікування кіст та псевдокіст підшлункової залози	4	
33.	сем	Методи профілактики і лікування ранової інфекції: хірургічні, фармакологічні, фізичні	4	
34.	сем	Принципи лікування гнійних ран. Методи дренивання гнійних ран.	4	
35.	сем	Травматичне ушкодження селезінки. Діагностика, лікування, хірургічна тактика.	4	
36.	сем	Ускладнення під час і після операцій на легенях (найближчі і віддалені). Профілактика та лікування	2	
37.	сем	Легенева кровотеча. Причини, діагностика, консервативне і хірургічне лікування. Види операцій	4	
38.	сем	Травматичний пневмоторакс. Види. Клінічні ознаки, діагностика. Лікувальна тактика.	4	
39.	сем	Показання до операційного лікування абсцесів і гангрени легень. Види хірургічних втручань. Операційні доступи, методи і обсяг операції	4	
40.	сем	Гнійні захворювання легень і плеври. Методи консервативного лікування, Показання до операційного лікування	4	
		Всього	98	
		(частина третя)		год.
41.	сем	Хірургічні захворювання у хворих на цукровий діабет. Синдром діабетичної стопи. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.	4	
42.	сем	Антибіотики в хірургії	4	
43.	сем	Проблеми ВІЛ-інфекції в хірургії	4	
44.	сем	Лапароскопічна апендектомія	4	
45.	сем	Ендоскопічні методи лікування хворих з гепато-біліарною патологією	4	
46.	сем	Лапароскопія: основні принципи операційної техніки.	4	
47.	сем	Анестезія при малоінвазійних втручаннях	4	
48.	сем	Ускладнення в малоінвазійній хірургії. Віддалені результати після лапароскопічних операцій	4	
49.	сем	Хімічні опіки стравоходу. Особливості опіків кислотою та лугом. Перша допомога і лікування. Показання і види пластики стравоходу.	2	
50.	сем	Види пневмотораксу: закритий, відкритий, напружений. Діагностика та лікування	4	
51.	сем	Тупа і проникаюча травма грудної клітки. Травматична асфіксія. Плевропульмональний шок	4	
52.	сем	Хірургічна тактика при поєднаній травмі живота з травмою черепа та/або опорно-рухового апарату.	4	
53.	сем	Субфасціальний фасціотиск	4	

Тема семінарського заняття № 1. *Гінекологічні захворювання в ургентній хірургії*

Навчальна мета заняття: обговорити питання клінічної симптоматики, діагностики, диференційної діагностики та тактики лікування гострих гінекологічних захворювань.

Професійно орієнтована: принципи надання невідкладної хірургічної допомоги хворим у залежності від виду гострої гінекологічної патології.

Теми реферативних повідомлень:

- Клініка та лікування порушеної позаматкової вагітності
- Апоплексія яєчника: клініка, діагностика, невідкладна допомога
- Гострі кровотечі із зовнішніх статевих органів: невідкладна допомога
- Діагностика та лікування розриву капсули пухлини яєчника та піосальпінксу

Короткий зміст заняття:

До гострих гінекологічних захворювань відносять: порушену позаматкову вагітність, апоплексію яєчника, ішемію та некроз фіброматозного вузла, перекрути ніжки пухлини яєчника, розрив капсули пухлини яєчника та піосальпінксу, гострі кровотечі із зовнішніх статевих органів та ін. Більшість із них супроводжуються появами болю різного характеру, ознаками "гострого живота", кровотечею різного ступеня з можливим розвитком геморагічного шоку. Для верифікації діагнозу використовують збір анамнезу, дані об'єктивного обстеження, пункцію заднього склепіння, результати лабораторних та інструментальних методів діагностики. Усі гострі гінекологічні захворювання потрібно диференціювати між собою та з гострим апендицитом, гострою непрохідністю кишок, нирковою колікою. Лікування переважно операційне, основним принципом якого є ліквідація патологічного вогнища з різним типом дронуванням черевної порожнини (при потребі), максимальне збереження органа, адекватна консервативна терапія.

Напрямки дискусії:

- Відмінність клінічних симптомів при гострих гінекологічних захворюваннях
- Інструментальна діагностика в плані диференціальної діагностики гострих гінекологічних захворюваннях. (УСГ, КТ, лапароскопія)
- Принципи органозберігальних операцій при гострій гінекологічній патології
- Лапароскопічні методи операційних втручань.

Тема семінарського заняття №2. *Захворювання та патологічні стани, які симулюють гострі захворювання органів черевної порожнини*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів вміння диференціювати захворювання та патологічні стани, які симулюють гострі захворювання органів черевної порожнини.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів діагностувати захворювання та патологічні стани з псевдоабдомінальним синдромом.

Теми реферативних повідомлень:

- Механізм розвитку симптомокомплексу несправжнього "гострого живота"
- Захворювання легень та плеври, які симулюють псевдоабдомінальний синдром: клініка, диференційна діагностика
- Кардіологічні захворювання та ревматизм, які симулюють псевдоабдомінальний синдром: клініка, диференційна діагностика
- Урологічні захворювання та ревматизм які симулюють псевдоабдомінальний синдром: клініка, диференційна діагностика
- Інфекційні захворювання та ревматизм які симулюють псевдоабдомінальний синдром: клініка, диференційна діагностика
- Неврологічні захворювання та ревматизм які симулюють псевдоабдомінальний синдром: клініка, диференційна діагностика
- Травми грудної клітки, хребта, які симулюють "гострий живіт"

Короткий зміст заняття:

Псевдоабдомінальний синдром (несправжній "гострий живіт") являє собою комплекс симптомів, які імітують гострі хірургічні захворювання черевної порожнини, але на противагу подібним захворюванням псевдоабдомінальний синдром не потребує невідкладного операційного втручання. Картину гострого живота можуть симулювати велика кількість терапевтичних захворювань – нижньочасткова пневмонія, стенокардія, інфаркт міокарду, ревматизм, гіпертонічна хвороба, специфічні та неспецифічні мезоаденіти, сечокам'яна хвороба, дистонія нирки, гострий пієліт, травми грудної клітки, хребта, тазу, цукровий діабет, менінгіт, черевний тиф, дизентерія, менінгіт, кір, ангіна, грип, правець, істерія та багато інших захворювань. Морфологічними основами схожості клінічної картини цих різних груп захворювань є: 1) спільна зона іннервації міжреберними, симпатичними, блукаючими та діафрагмальними нервами між органами грудної та черевної порожнини; 2) функціонування єдиної лімфатичної системи; 3) системність ураження низки захворювань. Велике значення для встановлення правильного діагнозу мають методи лабораторної та інструментальної діагностики. Лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, можуть засвідчувати діагноз гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини. За показаннями хворим виконують УСГ, комп'ютерну чи магнітно-резонансну томографію. Якщо, не дивлячись на проведений комплекс

діагностичних процедур, виключити повністю патологію органів черевної порожнини не можливо, показана діагностична лапароскопія.

Напрямки дискусії:

- Цироз печінки, який симулює "гострий живіт": клініка, діагностика, лікування
- Захворювання Шенлейн-Геноха в клініці "гострого живота". Хірургічна тактика при абдомінальній пурпурі
- Травма передньої черевної стінки, яка симулює "гострий живіт", клініка, методи діагностики, показання до консервативного лікування
- Травматична заочеревинна гематома, яка симулює "гострий живіт": клініка, методи діагностики, показання до консервативного лікування
- Тиротоксикоз, який симулює "гострий живіт": клініка, діагностика.

Тема семінарського заняття №3. Лікувальна тактика і види хірургічних втручань при різній локалізації і формах непрохідності кишок

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про основні показання до виконання резекції тонкої та товстої кишки при різних локалізаціях і формах непрохідності кишок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів визначати показання до резекції тонкої і товстої кишки, різних видів декомпресії травного тракту та опрацювати техніку їх виконання.

Теми реферативних повідомлень:

- Клінічна анатомія тонкої і товстої кишок
- Класифікація гострої непрохідності кишок
- Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій непрохідності кишки
- Передопераційне приготування хворих із різними формами непрохідності кишок
- Ознаки життєздатності кишки
- Основні показання та техніка резекції тонкої кишки
- Основні показання та техніка резекції товстої кишки
- Декомпресія травного тракту – показання, види

Короткий зміст заняття:

Гостра непрохідність кишок є одна із хірургічних проблем, яка вимагає чітких дій хірурга в організації діагностично-лікувальних заходів в обмежений проміжок часу (до 2-3 год.). Операції з приводу гострої непрохідності кишок передбачають послідовне вирішення наступних завдань: встановлення причини та рівня непрохідності; усунення морфологічного субстрату непрохідності; визначення життєздатності кишки в зоні перешкоди та визначення показань до її резекції; встановлення меж резекції зміненої кишки та її виконання;

визначення показань до дренивання кишкової трубки і вибір методу дренивання; санація і дренивання черевної порожнини при наявності перитоніту. При сумнівах в життєздатності кишки на великому її протязі допустимо відкласти вирішення питання про резекцію, використовуючи програмовану релaparотомію через 12 годин або лапароскопію. Показанням до резекції кишки при гострій непрохідності зазвичай є її некроз.

Напрямки дискусії:

- Клінічна анатомія тонкої кишки.
- Клінічна анатомія товстої та прямої кишок.
- Будова стінки тонкої, товстої та прямої кишок.
- Класифікація гострої непрохідності кишок.
- Оцінка життєздатності кишки.
- Визначення меж резекції кишки.
- Види декомпресії травного тракту у хворих із гострою непрохідністю кишок.

Тема семінарського заняття №4. ***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: навчити лікарів-інтернів проводити паралелі між особливостями клінічного перебігу гострого апендициту та відповідними їм морфологічними змінами.

Теми реферативних повідомлень:

- Анатомія та фізіологія ілеоцекальної ділянки та апендикса
- Основні симптоми гострого апендициту
- Особливості перебігу гострого апендициту залежно від віку, статі, супровідної патології та анатомічних варіантів розташування апендикса
- 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:

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

Тема семінарського заняття №5. ***Патоморфологічні і пато-фізіологічні зміни в організмі при непрохідності кишок. Їх значення для передопераційного приготування і післяопераційного ведення хворих***

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

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

Теми реферативних повідомлень:

- Клінічна анатомія тонкої і товстої кишки
- Класифікація гострої непрохідності кишок
- Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій непрохідності кишки
- Синдром ентеральної недостатності при гострій непрохідності кишок
- Передопераційне приготування у хворих із різними формами непрохідності кишок

Короткий зміст заняття:

Гостра непрохідність кишок 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:

- Клінічна анатомія тонкої і товстої кишок
- Етіологія і патогенез гострої непрохідності кишок
- Класифікація гострої непрохідності кишок
- Динамічна непрохідність кишок, причини, види, лікувальна тактика
- Механічна непрохідність кишок: причини, види, лікувальна тактика
- Механізми розвитку інтоксикаційного синдрому при гострій непрохідності кишок
- Бактерійна транслокація при гострій непрохідності кишок, її вплив на посилення інтоксикаційного синдрому
- Поняття про синдром ентеральної недостатності при гострій непрохідності кишок
- Значення інтоксикаційного синдрому для передопераційного приготування і післяопераційного ведення хворих із різними типами гострої непрохідності
- Методи декомпресії кишок. Ведення післяопераційного періоду

Тема семінарського заняття №6. ***Помилки (діагностичні, тактичні, технічні) і небезпеки при гострому апендициті***

Навчальна мета заняття: перевірити знання лікарів-інтернів щодо помилок діагностики, вибору тактики та методу лікування хворого з гострим апендицитом та пов'язаних із ними небезпек.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів проводити скрупульозну оцінку стану хворого, адекватний вибір діагностичних методик, акцентувати увагу на ощадності маніпуляцій та панорамності мислення у кожному клінічному випадку задля уникнення помилок діагностики та лікування гострого апендициту.

Теми реферативних повідомлень:

- Анатомія ілеоцекальної ділянки та апендикса
- Найчастіші діагностичні, тактичні, технічні помилки при гострому апендициті
- Особливості диференційної діагностики гострого апендициту
- Причини помилок у діагностиці і лікуванні гострого апендициту

- Технічні аспекти виконання апендектомії

Короткий зміст заняття:

Гострий апендицит – одне з найчастіших хірургічних захворювань органів черевної порожнини, характерне складною диференційною діагностикою. Неадекватне фізикальне обстеження та збір анамнезу, невикористання потрібного арсеналу обстежень та технічні огріхи виконання апендектомії можуть слугувати основою для діагностичних помилок та потенційних інтра- та післяопераційних ускладнень. Передумови для вичікувальної тактики. Застосування лікарських засобів симптоматичного полегшення. Тактика при інтактному апендиксі. Мануальна та інструментальна ревізії черевної порожнини. Способи тампонади та дренивання черевної порожнини при кровотечі та неможливості адекватно зашити рану.

Напрямки дискусії:

- Способи верифікації діагнозу гострого апендициту
- Локальна ангіоархітектоніка та синтопія органів правого бокового каналу та малого тазу
- Вибір лапаротомії залежно від складності розташування апендикса або конверсії при нетиповій анатомії ілеоцекального кута
- Методи зупинки артерійної кровотечі, тактика при тифліті
- Профілактика арозивних кровотеч та відлежків від тренажних трубок
- Фізична ощадність у маніпуляціях з тканинами при виконанні операційного втручання

Тема семінарського заняття №7. *Пострезекційні і постваготомні синдроми*

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

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

Теми реферативних повідомлень:

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

- Пухлини оперованого шлунка, хірургічна тактика

Короткий зміст заняття:

Пострезекційні та постваготомні синдроми (хвороби оперованого шлунка) – це захворювання, які виникають після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка, дванадцятипалої кишки або іншої патології цих органів. При пострезекційних синдромах виникають функціональні, органічні та мішані порушення, основними із яких є, відповідно: демпінг-синдром, синдром привідної петлі, пептична виразка анастомозу, рубцева деформація й звуження анастомозу, поєднання з демпінг-синдромом або постваготомною діареєю. Основними постваготомними синдромами є: рецидив виразки, діарея, рефлюкс-гастрит, порушення спорожнення шлунка і функції стравохідно-кардіального переходу. Демпінг-синдром є частим ускладненням операційних втручань, пов'язаних з видаленням або порушенням функції воротаря (резекція шлунка, ваготомія з антрумектомією, ваготомія з дренажними операціями). Синдром привідної петлі може виникнути після резекції шлунка за методом Більтрот-2. Головною причиною виникнення пептичної виразки анастомозу вважають збереження гіперацидного стану шлунка. Лікування пострезекційних та постваготомних синдромів переважно консервативне, при його неефективності застосовують різні види реконструкційних операцій.

Напрямки дискусії:

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

Тема семінарського заняття № 8. *Правові основи діяльності хірурга*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з особливостями правового регулювання медичної діяльності, юридичні механізми захисту прав лікаря і пацієнта, сучасні тенденції розвитку медичного права.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів особливостям правового регулювання медичної діяльності, юридичних механізмів захисту прав лікаря і пацієнта.

Теми реферативних повідомлень:

- Основні законодавчі акти, які регламентують роботу медичної галузі
- Основні положення законодавчих актів, які регламентують роботу медичної галузі
- Правові відношення між лікарем і пацієнтом, їх права і обов'язки
- Поняття "лікарської таємниці", інформованої згоди пацієнта на медичне втручання, відповідного чинного законодавства
- Дозволеність методів медичного втручання для застосування в медичній практиці
- Юридичні критерії якості медичних послуг відповідно чинного законодавства
- Кримінальна відповідальність медичного персоналу

Короткий зміст заняття:

Сьогодні обізнаність лікарів у юридичних питаннях стала запорукою успішної медичної практики. Кожен із лікарів час від часу стикається з питаннями, які знаходяться у правовій площині. Вони виникають, коли лікар або лікувально-профілактичний заклад, у якому він працює, вступають у відносини з пацієнтами, їхніми представниками, з державою в особі регуляторних, контролюючих чи правоохоронних органів та з іншими громадянами і юридичними особами. "Пальму першості" за кількістю правових питань, безумовно, тримає сфера "лікар-пацієнт". Чинне законодавство зобов'язує медичних працівників зберігати лікарську таємницю (статті 40, 77 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"). Відповідно до статті 40 цього закону до лікарської таємниці належать відомості про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина. Медичні працівники та інші особи, яким унаслідок виконання професійних або службових обов'язків стала відомою зазначена інформація, не мають права розголошувати її, крім випадків, передбачених законодавчими актами. Незаконне розголошення лікарської таємниці тягне за собою кримінальну відповідальність (стаття 145 Кримінального кодексу України).

Напрямки дискусії:

- Основні положення основного закону медичної галузі – Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"
- Права і обов'язки медичного персоналу і хворих
- Лікарська таємниця і інформована згода пацієнтів для проведення лікування
- Основні нормативно-правові акти про дозволеність методів медичного втручання.

Тема семінарського заняття №9. *Принципи комплексної діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання комплексної діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати невідкладну хірургічну патологію органів черевної порожнини на засадах загальних принципів дослідження даних захворювань.

Теми реферативних повідомлень:

- Класифікація гострих захворювань органів черевної порожнини
- Особливості клінічної картини гострої хірургічної патології живота
- Значення фізикального обстеження в комплексній діагностиці "гострого живота"
- Лабораторно-інструментальна діагностика "гострого живота"

Короткий зміст заняття:

Термін "гострий живіт" об'єднує велику групу нозологій, в яких домінуючим симптомом є раптово виникаючий біль в животі, зумовлений пошкодженням або прогресуванням гострого захворювання органів черевної порожнини. Пацієнти потребують термінового застосування медикаментного лікування і у більшості з них проводять операційне лікування. До гострих хірургічних захворювань живота відносять гострий апендицит, гострий панкреатит, гострий холецистит, перфорацію порожнистих органів з перитонітом, мезентерійний тромбоз, травми внутрішніх органів та інші. Завданням первинної діагностики гострих хірургічних захворювань є розпізнавання симптомів гострого живота та необхідність термінового лікування. Діагностика гострих хірургічних захворювань живота є комплексним аналізом захворювання, що включає детальне вивчення анамнезу, скарг, поєднаних з даними фізикального дослідження, доповнених лабораторно-інструментальною діагностикою. Основними клінічними симптомами гострого живота є біль різного характеру, інтенсивності, тривалості; блювота, гіпертермія, різке зростання частоти серцебиття, дихання, тощо. При зборі анамнезу звертають увагу на час та початок виникнення болю, його локалізацію, диспепсичні та дизуричні явища, перенесені захворювання та операції. При огляді звертають на положення хворого, акцентують увагу на неспокій або адинамію, загальмованість, тургор шкіри, вигляд обличчя, колір шкіри, показники гемодинаміки, частоту дихання. Обстеження живота проводять у відповідності з рекомендаціями: огляд, перкусія, пальпація, досліджують також пряму кишку та піхву.

Напрямки дискусії:

- Заходи та маніпуляції, які забороняється застосовувати на догоспітальному етапі у хворих з болями в животі
- Характеристика болювого синдрому у хворих з гострою хірургічною патологією живота
- Клінічні фізикальні симптоми обстеження живота – основа діагностики гострої хірургічної патології
- Інформативність візуальних методів діагностики в обстеженні хворих із болями в животі.

Тема семінарського заняття №10. *Причини виникнення і профілактика тромбоемболічних ускладнень у хірургії*

Навчальна мета заняття: вивчити причини виникнення, чинники ризику та профілактику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів оперованих у хірургічному стаціонарі.

Професійно орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів оцінювати ризик розвитку венозного тромбоемболізму та обирати оптимальну схему тромбопрофілактики.

Теми реферативних повідомлень:

- Причини виникнення тромбозів в системі нижньої порожнистої вени. Тріада Вірхова
- Чинники ризику тромбоемболічних ускладнень оперованих пацієнтів
- Діагностика тромбозу глибоких вен, як основної причини ТЕЛА
- Прогностичні схеми профілактики тромбоемболічних ускладнень
- Специфічна та неспецифічна профілактика венозного тромбоемболізму
- Місце гепарину у профілактиці венозних тромбозів і емболій

Короткий зміст заняття:

Венозний тромбоемболізм – симптомокомплекс, який поєднує два домінуючих післяопераційних ускладнення: тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та тромбоемболію легеневої артерії. Складності вирішення проблеми сприяє асимптомний перебіг ТГВ, який спостерігається у майже половині тромбоемболічних епізодів, та в 10-40% ускладнює перебіг хірургічного захворювання оперованих пацієнтів. Зважаючи на те, що перебіг ТГВ нижніх кінцівок у ряді випадків безсимптомний, а діагностичні критерії мало достовірні, діагноз ВТ потребує об'єктивізації. Лише 20-50% пацієнтам, які померли від тромбоемболічних ускладнень, був встановлений діагноз прижиттєво, а близько 40-60% тромбозів глибоких вен у загальнохірургічному стаціонарі клінічно не діагностовано. Особливого значення набуває визначення сприяючих чинників ризику тромбоутворення та їх оцінка, і, як наслідок, досягнення раціональної та ефективної профілактики ВТ.

- Напрямки дискусії:
- Венозний тромбоемболізм – одне з найбільш тяжких та фатальних післяопераційних ускладнень в загальній хірургії
 - Оцінка реального ризику тромбоемболічних ускладнень в умовах ургентної хірургії
 - Оптимізація вирішення проблеми ВТЕ в загальній хірургії
 - Специфічна профілактика ТЕУ в світлі чинних наказів та рекомендацій.

Тема семінарського заняття №11. *Релапаротомія в ургентній хірургії*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів вміння встановлювати показання, прогнозувати та виконувати різні види релапаротомій.

Професійно орієнтована: навчити диференційно застосовувати "програмовані" релапаротомії та релапаротомії "за потребою" у хворих з невідкладною хірургічною патологією органів черевної порожнини.

Теми реферативних повідомлень:

- Термінологія і класифікація релапаротомій
- Релапаротомія "за потребою (вимушена)" : показання, протипоказання
- Релапаротомія "програмована": показання, протипоказання
- Ефективність методів діагностики для встановлення показань до релапаротомії
- Варіанти технічного виконання та вибір режиму програмованих релапаротомій

Короткий зміст заняття:

Релапаротомія – повторна операція (лапаротомія), яка проводиться в післяопераційному періоді з причини основного захворювання чи його ускладнень або ускладнень операційного втручання. В ургентній хірургії розрізняють релапаротомії вимушені ("за потребою") та "програмовані" релапаротомії. Показання до повторної лапаротомії "за потребою" виникають раптово в зв'язку з прогресуванням основного захворювання або ускладненнями, зумовленими основним захворюванням або появою нового. Серед основних показань до вимушених лапаротомій є прогресування основного захворювання, ускладнення основного захворювання, загострення чи виникнення в післяопераційному періоді конкуруючих хірургічних захворювань, а також ускладнення, які виникають як наслідок дефектів хірургічної техніки. Серед безпосередніх причин, що вимагають виконання невідкладної релапаротомії є обмежений або розповсюджений перитоніт, перфорація порожнинного органа, в тому числі недостатність швів анастомозів чи стом, внутрішньочеревні і шлунково-кишкові кровотечі, спайкова непрохідність кишок, евентрація, гнійно-деструктивні процеси живота та

заочеревинного простору або передньої черевної стінки, інфікований панкреонекроз, сторонні тіла черевної порожнини, залишені при попередній операції. В прийнятті рішення на користь повторної операції в абдомінальній хірургії завжди домінує клінічне мислення, яке ґрунтується на даних обстеження та спостереження за хворим, логіці та інтуїції хірурга-клініциста.

Напрямки дискусії:

- Роль діагностичного перитонеального лаважу у встановленні показань до релапаротомії
- Інтегральні системи оцінки тяжкості стану хворого з перитонітом (в контексті) для прогнозування ймовірності застосування релапаротомії
- Роль візуалізаційних методів діагностики у встановленні показань до релапаротомії
- Переваги та недоліки програмованої релапаротомії
- Оптимальність операційних доступів при релапаротоміях
- Показання та види кишкової декомпресії у хворих, яким виконують релапаротомію
- Варіанти закриття лапаротомної рани під час релапаротомії.

Тема семінарського заняття №12. *Медична статистика в діяльності хірурга*

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

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

Теми реферативних повідомлень:

- Основні завдання медичної статистики
- Організаційна і функціональна структура медико-статистичної служби України
- Основні показники медичної статистики, їх характеристика
- Основні облікові форми медичної документації
- 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:

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

Тема семінарського заняття №13. *Санітарно-протиепідемічна робота у хірургічній службі*

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

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

Теми реферативних повідомлень:

- Основні структурні підрозділи хірургічного відділення, організація роботи в останніх
- Основні поняття і завдання санітарно-профілактичного режиму хірургічного стаціонару
- Внутрішньолікарняні інфекції, клініка, епідеміологія
- Основні профілактичні заходи спрямовані на попередження виникнення внутрішньолікарняної інфекції
- Асептика і антисептика в роботі хірургічної служби
- 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:

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

Тема семінарського заняття №14. *Сучасні методи та способи лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки*

Навчальна мета: Ознайомити лікарів-інтернів з методами консервативного та операційного лікування, продемонструвати пацієнтів з вказаною патологією.

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

Теми реферативних повідомлень:

- Консервативне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
- Методи діагностики виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
- H₂-блокатори, механізм дії, способи застосування
- Інгібітори протонної помпи, механізм лікувальної дії
- Значення антибактерійної терапії у впливі на патогенез виразкової хвороби. Схеми ерадикації *Helicobacter pylori* та їх ефективність
- Хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки

Короткий зміст заняття:

Відкриття мікроорганізмів *Helicobacter pylori* (HP) 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:

- Консервативні методи лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
- Противиразкова терапія згідно з Маастрихт-III
- Методи оперативних втручань при виразках шлунка і дванадцятипалої кишки
- Післяопераційне ведення хворих з виразковою хворобою
- Методи резекції шлунка
- Види ваготомій і дренуючих операцій
- Віддалені результати лікування ускладнень виразкової хвороби.

Тема семінарського заняття №15. *Сучасні трансфузійні та інфузійні засоби за їх патогенетичною спрямованістю і механізмом дії*

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

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

Теми реферативних повідомлень:

- *Поняття про компонентну гемотрансфузійну терапію*
- *Основні компоненти крові: еритроцитна, лейкоцитна, тромбоцитна маси, плазма*
- *Препарати крові: препарати комплексної дії, коректори системи гемостазу, препарати імунної дії*
- *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:

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

Тема семінарського заняття №16. *Управління та планування в хірургічній службі*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з планами із застосуванням управлінських методів, що базуються на результатах роботи, моніторингу процесу та якості надання медичної допомоги.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів правильного планувати роботу хірургічної служби.

Теми реферативних повідомлень:

- Сучасні тенденції в плануванні та організації надання хірургічних послуг у Європі
- Стандарти планування та організації хірургічної служби в країнах ЄС
- Вплив розвитку технологій на надання хірургічної допомоги
- Оцінка ефективності роботи та якості надання хірургічних послуг
- Класифікація та рекомендації з організації надання хірургічної допомоги
- Вимоги до обладнання та організації роботи операційних приміщень

Короткий зміст заняття:

У результаті зростаючого впровадження новітніх технологій, пов'язаних з капітальними витратами та вимогами до відповідної підготовки медичних кадрів, хірургічна діяльність отримала значну увагу осіб, що займаються плануванням медичної допомоги. Турбота про ефективність, рентабельність, відповідність сучасним технологічним здобуткам та тенденціям спеціалізації, планування діяльності операційних, контроль за допоміжними послугами – все це стало повсякденними стандартами планування та організації хірургічної служби в країнах ЄС, незалежно від джерел фінансування цільових програм.

Напрямки дискусії:

- Сучасні технології в плануванні, їх роль в наданні хірургічної допомоги
- Вплив рівня кадрової укомплектованості та правил бюджетування на фактичну результативність роботи лікарень
- Реорганізація хірургічної служби області
- Вплив розвитку технологій на якість надання хірургічних послуг
- Організація роботи операційних блоків.

Тема семінарського заняття № 17. *Характеристика цільної крові, її компонентів та препаратів крові. Показання та протипоказання до застосування, ускладнення при переливання крові*

Навчальна мета заняття : сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про цільну кров, її компоненти та їх застосування.

Практично орієнтована: навчити лікарів – інтернів застосовувати препарати крові.

Теми реферативний повідомлень:

- Характеристика цільної крові та її компонентів
- Особливості антигенних систем крові
- Характеристика компонентів та препаратів крові
- Сучасна стратегія гемотрансфузій
- Техніка переливання крові та її компонентів
- Реакції та ускладнення під час переливання компонентів крові

Короткий зміст заняття :

Периферійна кров є складною морфологічною системою. В її склад входить клітинна маса, яка включає еритроцити, що виконують кисневотранспортну функцію, лейкоцити – клітини імунного захисту, тромбоцити і рідка основа – плазма, яка виконує важливі гуморальні функції. З імунологічної точки зору кров є неоднорідною антигенною фізіологічною системою. Сьогодні цільна кров, в основному, зберігає своє значення як сировина для виготовлення компонентів, зокрема концентрату кріоконсервованих еритроцитів. З позиції сучасних знань переливання крові треба трактувати як трансплантацію периферійної крові, при якій проявляються всі закономірності трансплантаційного імунітету. Сучасні підходи до гемотрансфузій передбачають компонентну гемотерапію, суть якої полягає в диференційованому застосуванні тих чи інших компонентів донорської крові. Найбільш розповсюдженими методами переливання цільної крові, її компонентів є непряме та пряме переливання, реінфузія крові, аутогемотрансфузія, замінне переливання крові. Переливання компонентів крові відповідно до життєвих показань потрібно поєднувати з трансфузією плазмозамінників, кровозамінників геодинамічної і реологічної дії. Така тактика робить гемотрансфузії більш ефективними і безпечними (зменшує кількість алергічних, пірогенних, анафілактичних та інших реакцій).

Напрямки дискусій:

- Цільна кров та її компоненти
- Антигенні системи крові
- Характеристика компонентів та препаратів крові
- Методи та техніка виконання гемотрансфузій
- Покази до переливання компонентів та препаратів крові
- Ускладнення при переливання крові та її компонентів.

Частина друга

Тема семінарського заняття № 1. *Анаеробна інфекція (газова гангрена)*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання і вміння з діагностики і лікування анаеробної інфекції.

Професійно орієнтована: вивчити симптоматику різних форм анаеробної інфекції, оволодіти їх діагностикою; засвоїти питання профілактики та сучасні принципи лікування. Навчитись розпізнавати симптоматику газової гангрени; засвоїти сучасні методи діагностики, принципи лікування та профілактики.

Теми реферативних повідомлень:

- Сучасні методи діагностики анаеробної інфекції
- Газова гангрена (етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика)
- Газова гангрена (сучасні принципи лікування, профілактика)
- Правець (етіопатогенез, патоморфологія, класифікація, клініка)
- Правець (діагностика, сучасні принципи лікування, профілактика)

Короткий зміст заняття:

Анаеробній інфекції належить особливе місце серед інфекційних ускладнень ран та травм в зв'язку з тим, що їй притаманні виключно тяжкість, висока летальність (50-60%) і тяжка інвалідизація (у кожного 2 – виконується ампутація кінцівок). Класичні форми її розвиваються з участю клостридій, рід яких включає 150 грам-позитивних анаеробних бактерій, які приймають участь у руйнуванні органічних залишків. У 90% газову гангрену спричинює Clostridium perfringens. Інфекційні процеси, викликані анаеробами, мають характерні клінічні ознаки, що пояснюються особливостями їх метаболізму, точніше – гнильним характером ураження, газоутворенням. Патолого-анатомічно розрізняють такі форми: 1) емфізематорну, або класичну; 2) набрякову або токсичну; 3) флегмонозну; 4) гнильну; 5) змішану. Анатомічно ще з часів М.І. Пирогова газову гангрену (ГГ) поділяють на епіфасціальну і субфасціальну. Клінічно розрізняють блискавичну і гостру форми. Лікування хворих на ГГ має бути етіопатогенетичним, комплексним: 1) хірургічне лікування; 2) антибактерійна терапія; 3) підвищення реактивності організму; 4) гіпербатична оксигенація.

Напрямки дискусії:

- Основні збудники анаеробної інфекції
- Форми анаеробної інфекції
- Умови виникнення анаеробної інфекції
- Основні ланки патогенезу
- Ускладнення анаеробної інфекції
- Сучасні методи діагностики анаеробної інфекції

- Сучасні принципи лікування анаеробної інфекції
- Види профілактики анаеробної інфекції (газової гангрен).

Тема семінарського заняття № 2. *Госпітальна інфекція і методи її профілактики*

Навчальна мета заняття : сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про госпітальну інфекцію та методи її профілактики.

Практично орієнтована: навчити лікарів-інтернів клінічним проявам, методам діагностики, лікування госпітальної інфекції і основам її профілактики.

Теми реферативних повідомлень:

- Етіологія, епідеміологія, патогенез госпітальних інфекцій
- Клінічні прояви внутрішньолікарняних інфекцій
- Специфічна діагностика госпітальних інфекцій
- Основні принципи антибактеріальної терапії
- Комбінації антибіотиків з іншими лікувальними середниками у комплексному лікуванні хірургічних інфекцій
- Місцеве застосування антибіотиків. Антибіотики в амбулаторній хірургії
- Побічні дії антибактерійної терапії

Короткий зміст заняття :

Внутрішньолікарняні інфекції (або нозокоміальні інфекції) – інфекційні хвороби, пов'язані з перебуванням, лікуванням у лікувально-профілактичному закладі і приєднуючись до основного захворювання погіршують перебіг і прогноз хвороби. Зустрічаються у 5-10% пацієнтів, летальність коливається від 3,5 до 60% при генералізованих формах. Причинами госпітальної інфекції є нерациональна антибактерійна терапія, значне поширення патогенної мікрофлори у медичного персоналу та пацієнтів, створення великих медичних комплексів зі своєю специфічною екологією, порушення правил антисептики і асептики. Збудниками нозокоміальних інфекцій є віруси, бактерії, гриби. Провідну роль серед мікроорганізмів відіграє стафілокок (60%), грам (-) бактерії, респіраторні віруси, гриби. Діагностика госпітальної інфекції проводиться шляхом виконання посівів з повітря, інструментарію, обладнання, а також у пацієнтів проводять посиви з ран, дихальних і сечовивідних шляхів, посиви мокроти, сечі. При наявності клінічних показів у хворих проводять забір крові на гемокультуру. Випадки серйозної нозокоміальної інфекції вимагають призначення карбапенемів, цефалоспоринів і фторхінолонів IV покоління. Профілактика госпітальної інфекції полягає у раціональній антибіотикотерапії, підвищення ефективності дезінфекційних і стерилізаційних заходів, раціоналізації принципів госпітальної гігієни.

Напрямки дискусії:

- Третинний перитоніт. Причини, збудники, лікування
- Антибіотики вибору та альтернативні препарати для лікування бактеріальних інфекцій
- Покази та протипокази для застосування антибіотикопрофілактики
- Основні класи та шляхи введення антибіотиків
- Антибактеріальна терапія хірургічних інфекцій
- Тривалість антибактеріальної терапії. Ступенева антибіотикотерапія
- Місцеве застосування антибіотиків
- Антибіотики в амбулаторній хірургії
- Ускладнення антибактеріальної терапії.

Тема семінарського заняття №3. *Гостра печінкова і ниркова недостатність в ургентній хірургії та її інтенсивна терапія*

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів-інтернів сучасні принципи діагностики та лікування гострої печінкової та ниркової недостатності.

Професійно орієнтована: навчити на основі клініко-лабораторних показників вчасно діагностувати та лікувати гострі порушення функції нирок та печінки.

Теми реферативних повідомлень:

- Патогенетичні чинники виникнення гострої ниркової недостатності
- Види ниркової недостатності
- Клінічно-лабораторні критерії гострого порушення функції нирок
- Інтенсивна терапія гострої ниркової недостатності
- Гостра печінкова недостатність: визначення, причини, діагностичні критерії
- Інтенсивні лікувальні заходи усунення гострої печінкової недостатності

Короткий зміст заняття:

Гостра ниркова недостатність (ГНН) – стан, що характеризується раптовим виникненням азотемії, зміною водно-сольового балансу та кислотно-лужної рівноваги. Ці зміни виникають як наслідок тяжких і раптових порушень як клубочкової фільтрації, так і каналцевої реабсорбції. Розрізняють первинну (дониркову), ренальну та постренальну ГНН. Виділяють 4 періоди: початкової дії причини, що викликала ГНН, олігоанурійний, діурезу та одужання. У лікуванні основну роль відіграє гемодіаліз, гемосорбція, стимулювання сечопуску при інтенсивній інфузійній терапії. Гостра печінкова недостатність (ГПН) – це симптомокомплекс, що характеризується порушенням однієї або кількох функцій печінки в результаті гострого чи хронічного ураження її паренхіми. Розрізняють 3 стадії ГПН: компенсації, декомпенсації та

термінальну (дистрофічну). Термінальна стадія ГПН закінчується гепатаргією. Лікування в першу чергу спрямоване на усунення причинного фактора.

Напрямки дискусії:

- Лікування і профілактика гострої печінково-ниркової недостатності. Комплексна інтенсивна терапія
- Принципи операцій на фоні гострої печінково-ниркової недостатності. Покази до гемодіалізу
- Лабораторні критерії ефективності лікування гострої печінково-ниркової недостатності
- Методи профілактики гострого порушення функції печінки та нирок.

Тема семінарського заняття № 4. *Клінічна фізіологія підшлункової залози. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та лікування гострого панкреатиту*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про фізіологію підшлункової залози, гострий панкреатит.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-слухачів інтерпретувати дані про гострий панкреатит.

Теми реферативних повідомлень:

- Етіологічні чинники гострого панкреатиту
- Сучасні погляди на патогенез гострого панкреатиту
- Види гострого панкреатиту та його ускладнень
- Консервативна терапія в залежності від форми захворювання
- Малоінвазійні операційні методи лікування
- Конвенційні хірургічні методи лікування

Короткий зміст заняття:

Гострий панкреатит – гостре асептичне запалення підшлункової залози, в основі якого лежить аутоліз тканин під дією ферментів із залученням у процес оточуючих тканин, за очеревинного простору і черевної порожнини, а також комплексу органних систем позаочеревинної локалізації. Комплекс консервативних заходів залежить від форми панкреатиту. На стадії гнійно-некротичних ускладнень лікування переважно інтервенційне (операційне або пункційно-аспіраційне під УСГ або радіологічним контролем). Хірургічне лікування при гострому панкреатиті може бути конвенційним або малоінвазійним (ендоскопічні черезпапілярні втручання методом ЕРХПГ та лапароскопічні) та напряду залежать від його виду. Зокрема, показами для хірургічного лікування при біліарному набряковому панкреатиті є наявність вираженої жовчної гіпертензії, холедохолітіаз, гнійний холангіт раннього операційного лікування хворих із деструктивним панкреатитом є гострий

післятравматичний панкреатит (при "свіжому" розриві залози – резекція дистальної частини або дренивання сальникової сумки; при панкреонекрозі, що розвився – панкреатикостомія з наступним панкреатокишковим анастомозом або оклюзією частини органу. Розвиток гнійно-некротичних ускладнень (інфікований некроз, абсцеси підшлункової залози) є показом до оперативного лікування, як правило, на 15-21 добу від початку захворювання. При сформованих абсцесах, які не піддаються пункційно-дренуючому лікуванню під УСГ контролем або ендоскопічному трансмуральному дрениванню, виконують його розкриття із закритим дрениванням хірургічним методом.

Напрямки дискусії:

- Клінічна анатомія та фізіологія підшлункової залози
- Етіологічні чинники гострого панкреатиту.
- Сучасні погляди на патогенетичні механізми розвитку різних форм гострого панкреатиту
- Класифікація гострого панкреатиту та його ускладнень
- Алгоритм лікування в залежності від форми гострого панкреатиту
- Консервативна терапія в залежності від форми захворювання
- Малоінвазійні методи лікування (покази, види, ускладнення та їх профілактика)
- Методологія проведення та технічне оснащення ендоскопічних черезпапілярних втручань
- Конвенційні хірургічні методи лікування (покази, види, ускладнення та їх профілактика)
- Комплексне лікування ранніх та віддалених ускладнень гострого панкреатиту (псевдокісти, нориці, тощо).

Тема семінарського заняття №5. Легеневі кровотечі. Причини, діагностика, консервативне і хірургічне лікування. Типи операцій

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з питаннями етіології, патогенезу, діагностики та лікування хворих з легеневою кровотечею.

Професійно орієнтована мета: вміти діагностувати легеневу кровотечу, надавати невідкладну медичну допомогу при вказаній патології.

Теми реферативних повідомлень:

- Етіологія легневих кровотеч
- Класифікація легневих кровотеч
- Методи діагностики легневих кровотеч
- Лікувальна тактика при легневих кровотечах
- Показання до операційного лікування та його види

Короткий зміст заняття:

Під легеневою кровотечею розуміють вилив значної кількості крові в просвіт бронхів. У клінічній практиці умовно розрізняють легеневу кровотечу і кровохаркання. Відмінність легеневої кровотечі від кровохаркання в основному кількісна. Кровохаркання – це наявність прожилок крові в мокроті або слині. При легеневій кровотечі кров відкашлюється в значній кількості одночасно, безперервно або з перервами. Залежно від кількості виділеної крові розрізняють кровотечі помірні (до 100 мл крові на добу) і масивні (профузні) – за 1 раз виділяється 100-500 мл крові. Профузна легенева кровотеча представляє велику небезпеку для життя і може швидко призвести до смерті. Причинами смерті є асфіксія або такі подальші ускладнення кровотечі, як аспіраційна пневмонія, прогресування туберкульозу, легенево-серцева недостатність.

Напрямки дискусії:

- Надання невідкладної медичної допомоги при легневих кровотечах
- Фармакологічні методи зупинки легневих кровотеч
- Екстрені, термінові, відстрочені та планові операції при даній патології
- Рентгеноендоваскулярна оклюзія судин при легневих кровотечах
- Діагностична цінність бронхіальної артеріографії
- Ендоскопічні методи зупинки легеневої кровотечі
- Використання діатермокоагуляції, лазерної фотокоагуляції для зупинки легневих кровотеч
- Діагностично-лікувальна цінність бронхоскопії
- Профілактика легневих кровотеч.

Тема семінарського заняття №6. **Методи профілактики і лікування ранової інфекції: хірургічні, фармакологічні, фізичні**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання профілактики і лікування ранової інфекції.

Професійно орієнтована: вивчити симптоматику різних форм ранової інфекції, оволодіти їх діагностикою, засвоїти питання профілактики та сучасні принципи лікування.

Теми реферативних повідомлень:

- Патогенез розвитку ранової інфекції
- Нові погляди на лікування ранової інфекції
- Особливості перебігу вогнепальних поранень
- Профілактика розвитку інфекції в рані
- Можливі ускладнення інфікованих ран

Короткий зміст заняття:

Ступінь інфікування – асептичні (операційні рани, нанесені в асептичних умовах), контаміновані та інфіковані. Рана, в якій вегетують мікроорганізми, але не виникає інфекційний процес називається бактерійно забрудненою (контамінованою) або інфікованою (мікробне число менше 10^5 мікроорганізмів на 1 грам тканини). Сюди відносяться свіжо інфіковані рани які виникають при будь якому пошкодженні протягом трьох діб від моменту виникнення. Якщо ж рана нагноюється, тобто в ній виникає інфекційний процес, вона називається гнійною (мікробне число більше 10^5 мікроорганізмів на 1 грам тканини).

Найважливішим етапом, який є запорукою успішного лікування не тільки інфікованої але і будь-якої рани є хірургічна санація. Остання може бути ранньою (проводиться в термін до 24 годин від моменту поранення), відтермінована (виконується через 24-48 годин) та пізня (виконується пізніше 48 годин від моменту пошкодження). Хірургічне та медикаментне лікування не є конкуруючими методами лікування гнійної рани.

Напрямки дискусії:

- Класифікація ран
- Патогенез розвитку ранової інфекції
- Ускладнення ранової інфекції
- Види хірургічного санування ран
- Сучасні принципи лікування
- Профілактика розвитку ранової інфекції

Тема семінарського заняття № 7. ***Нагнійні захворювання легень та плеври. Методи консервативного лікування, показання до операційного лікування***

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з основними нагнійними захворюваннями легень та плеври, методами діагностики та тактикою лікування.

Професійно орієнтована: вміти встановлювати покази до операційного лікування при нагнійних захворюваннях легень та плеври, оволодіти технікою проведення плевральних пункцій, методикою дренивання плевральної порожнини за Бюлау, видами оперативних втручань та можливими післяопераційними ускладненнями.

Теми реферативних повідомлень:

- Абсцедуюча пневмонія, клініка, діагностика, лікування
- Лікувальна тактика ускладненого гострого абсцесу легень
- Абсцедуюча пневмонія, симптоми і синдроми на підставі клініко-інструментальних та лабораторних методів дослідження
- Специфічна (туберкульозна, актиномікотична) та неспецифічна емпієми плеври

- Нагноєні кісти легень, клініка, діагностика, лікування
- Рак легень, ускладнений розпадом пухлини
- Піопневмоторакс, консервативні та операційні методи лікування

Короткий зміст заняття:

До ускладнень абсцедуючої пневмонії належать: абсцес та гангрена легень, емпієма плеври, піопневмоторакс. Основу лікування складають заходи, що сприяють повному і, по можливості, постійному дрениванню гнійних порожнин в легенях. Усім хворих з нагнійними захворюваннями легень показана бронхоскопічна санація трахеобронхіального дерева, при неефективності якої виникає необхідність в пункції порожнини абсцесу або постійному дрениванні. До основних методів операційного втручання належать торакастомія, торакопластика, декортікація легені, резекційні методи (сегментарна резекція легені, лобектомія, білобектомія, пульмонектомія). Тяжкий клінічний перебіг цих захворювань та висока летальність вимагає вивчення сучасних принципів консервативної терапії та операційного лікування, що дозволяє запобігти тяжких ускладнень.

Напрямки дискусії:

- Етіологія, клініка, діагностика та лікування абсцедуючої пневмонії
- Покази до проведення плевральної пункції та дренивання за Бюлау
- Трансторакальне дренивання абсцесу легень за Мональдї
- Принципи сучасної антибіотикотерапії при гнійних процесах легень
- Диференціальна діагностика нагнійних захворювань легень (рак, туберкульоз)
- Сучасні рентгенологічні та ендоскопічні методи діагностики захворювань легень (комп'ютерна томографія, бронхографія, бронхоскопія, торакоскопія)
- Неінвазивні методи санації легеневих гнійників
- Покази до невідкладних операційних втручань
- Легеневі кровотечі та кровохаркання як ускладнення нагнійних захворювань легень.

Тема семінарського заняття № 8. *Патогенез гострого перитоніту. Лікування розповсюдженого гострого перитоніту*

Навчальна мета заняття: сформувані у лікарів-інтернів сучасне уявлення про основні ланки патогенезу гострого перитоніту та базові принципи комплексного лікування розповсюдженого гострого перитоніту.

Професійно орієнтована: навчити і засвоїти основи діагностики, клініки і тактики лікування гострого перитоніту.

Теми реферативних повідомлень:

- Мікробіологічна структура перитоніту
- Роль очеревини в ліквідації гнійно-запального процесу черевної порожнини
- Основні патогенетичні ланки ендотоксикозу
- Основні принципи лікування розповсюдженого гострого перитоніту: передопераційна підготовка; операційне лікування, прогнозування релапаротомії; післяопераційне лікування, особливості антибактерійної терапії

Короткий зміст заняття:

Патогенез перитоніту складний і зв'язаний із змінами в органах та головних функціональних системах організму в результаті взаємодії макроорганізму з мікроорганізмами. В основі головного патологічного механізму всіх структурних та функціональних змін при перитоніті лежить ендотоксикоз. Він обумовлений масивним гнійно-септичним процесом в черевній порожнині, всмоктуванням токсинів через систему ворітної вени в печінку з потраплянням їх в системний кровотік і ураженням життєво важливих органів (печінки, нирок, легень, серця, центральної нервової системи, тощо). У виникненні поліорганної недостатності значну роль відіграє бактеріальна транслокація. Серед головних принципів лікування перитоніту: якнайраніше усунення інфекційного вогнища з допомогою хірургічного втручання; евакуація ексудату, промивання черевної порожнини і адекватне дренирування її трубчатими дренажами; усунення паралітичної непрохідності шляхом аспірації кишкового вмісту через зонд, декомпресії шлунково-кишкового тракту, застосування медикаментної терапії; корекція полемічних, електролітних, білкових порушень та кислотно-лужної рівноваги з допомогою адекватної інфузійної терапії, відновлення та підтримка оптимального рівня функціонування нирок, печінки, серця, легень; адекватна антибіотикотерапія.

Напрямки дискусії:

- Первинний, вторинний та третинний перитоніт
- Структурно-функціональні особливості очеревини
- Роль синдрому інтраабдомінальної гіпертензії в патоморфогенезі розповсюдженого гострого перитоніту
- Значення імунної системи організму в патогенезі перитоніту
- Принципи дренирування черевної порожнини при перитоніті
- Особливості інтенсивної терапії у хворих з перитонітом.

Тема семінарського заняття № 9. *Показання до операційного лікування абсцесів і гангрені легень. Типи хірургічного лікування. Операційні доступи. Методи та обсяг операцій*

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

Професійно орієнтована: ознайомити лікарів-інтернів з показаннями до операційного лікування, обсягом операцій та типами хірургічного лікування абсцесів та гангрені легень

Теми реферативних повідомлень:

- Принципи хірургічного лікування гнійних захворювань легень
- Покази до невідкладних операційних втручань
- Покази до операційного лікування в плановому порядку
- Типи дренажного хірургічного лікування
- Основні види операційних доступів
- Обсяги операційних втручань

Короткий зміст заняття:

Лікувальні заходи, що проводяться з метою оптимального дренажу вогнищ деструкції легеневої тканини, в цілому відповідають відомому з часів Гіппократа фундаментальному принципу гнійної хірургії "ubi pus, ibi evacua", який у вільному перекладі означає "якщо є гній – забезпеч його евакуацію". Слід підкреслити, що класичне широке розкриття гнійного вогнища неприйнятно при лікуванні деструкцій легень, оскільки воно зазвичай веде до спаданню легені, відкритому піопневмотораксу з відповідними розладами дихання та кровообігу. Перш за все, здійснюються заходи, спрямовані на оптимізацію природнього відходження гною та продуктів розпаду легеневої тканини через дренажний бронх – лікувальна бронхоскопія. В разі неможливості, або ж неефективності, використовуються трансторакальні пункції та дренажування гнійних порожнин зі щоденним промиваннями порожнин антисептичними розчинами (хлоргексидин, діоксидин, йоданат, бетадин та ін.). Обсяг операційного втручання в разі відсутності ефекту від лікування залежить від поширеності процесу і полягає в резекції враженої частини легені (сегментарна резекція, лобектомія, білобектомія).

Напрямки дискусії:

- Трансторакальне дренажування по Мональдї, Сельдінгеру
- Покази до селективної емболізації бронхіальних артерій
- Паліативні методи колапсотерапії
- Основні види резекції легень.

Тема семінарського заняття №10. *Постхолецистектомічний синдром. Сучасні погляди на визначення і його причини. Показання до повторних операцій на жовчних шляхах та їх види. Операційні діагностичні дослідження*

Навчальна мета заняття: перевірити знання лікарів-інтернів щодо визначення терміну "постхолецистектомічний синдром" (ПХЕС), етіології, методів діагностики, показань та способів хірургічної його корекції.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів коректно діагностувати постхолецистектомічний синдром та правильно вибирати способи його лікування.

Теми реферативних повідомлень:

- Анатомія та фізіологія гепатопанкреатодуоденальної зони
- Симптоматика постхолецистектомічного синдрому
- Ендоскопічні технології у діагностиці ПХЕС
- Операційні методи лікування ПХЕС

Короткий зміст заняття:

Частота постхолецистектомічного синдрому, за середньостатистичними даними, знаходиться в межах від 5% до 30%. Клініку постхолецистектомічного синдрому формують функціональні порушення, запальні зміни гепатопанкреатодуоденальної зони та механічні перешкоди жовчевиведення. Етіологічні чинники ПХЕС поділяють на 1) пов'язані з операцією; 2) ті, які виникли внаслідок операції; 3) ті, які не були усунуті під час операції. Серед причин, пов'язаних з операцією виділяють спайковий процес, резидуальний холелітіаз, надлишкову куксу міхуревої протоки, стриктури жовчних протоків і папіли Фатера. До функціональних порушень відносять дискінезії жовчних протоків, холангіт, періхоледохіальний лімфаденіт, хронічний персистуючий гепатит та хронічний панкреатит.

Напрямки дискусії:

- Спектр діагностичних методів при постхолецистектомічному синдромі
- Показання до ендоскопічних способів корекції органічних змін біліарного дерева
- Фармакотерапія постхолецистектомічного синдрому
- Хірургічні втручання при постхолецистектомічному синдромі.

Тема семінарського заняття №11. *Причини ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів та їх профілактика при операціях на органах шлунково-кишкового тракту*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про інтраопераційні ушкодження позапечінкових жовчних шляхів.

Професійно орієнтована: опрацювати із лікарями інтернами основні причини ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів, хірургічну тактику при їх виникненні та їх профілактику.

Теми реферативних повідомлень:

- Клінічна анатомія позапечінкових жовчних шляхів
- Відкрита холецистектомія. Види, основні етапи операції
- Лапароскопічна холецистектомія, етапи операції
- Основні інтраопераційні ускладнення відкритої та лапароскопічної холецистектомії
- Клінічна картина та діагностика при ушкодженнях позапечінкових жовчних шляхів
- Тактика хірурга при ушкодженні позапечінкових жовчних шляхів
- Профілактика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів

Короткий зміст заняття:

Пошкодження загальної печінкової або загальної жовчної протоки – одне з найбільш грізних ускладнень відкритої або лапароскопічної холецистектомії. Сторонами трикутника Calot є: d. cysticus, d. hepaticus communis і a. cystica. Найбільш часто пошкодження позапечінкових жовчних проток виникає в тих випадках, коли при несподіваній кровотечі з міхуревої артерії хірург намагається наосліп захопити судину затискачем. У ряді випадків небезпека пошкодження загальної печінкової протоки виникає при спробі виділити протоку міхура безпосередньо до гирла. При спіральному типі міхуревої протоки також не слід намагатися виділити її безпосередньо до місця переходу в загальну жовчну протоку. У подібних випадках можна не тільки поранити, але і повністю пересікти печінкову або загальну жовчну протоку, що надзвичайно ускладнить подальший хід операції. Хірургічна тактика при пошкодженні позапечінкових жовчних протоків наступна. При бічному пораненні гепатікохоледоха можна спробувати зашити отвір в стінці або дрениувати через нього протоку назовні. Якщо протока пересічена повністю – слід виконати реконструкційну операцію (гепатікоєюностомію на виключеній петлі за Ру). Реконструкційні операції на позапечінкових жовчних протоках повинні виконувати висококваліфіковані хірурги в умовах спеціалізованих центрів.

- Напрямки дискусії:
- Клінічна анатомія позапечінкових жовчних шляхів, анатомія трикутника Calot
 - Відкрита та лапароскопічна холецистектомія. Види, основні етапи операції
 - Інтраопераційні ускладнення відкритої та лапароскопічної холецистектомії
 - "Небезпечна анатомія" та "небезпечна хірургія" під час холецистектомії
 - Класифікація пошкоджень жовчних протоків за Bismuth
 - Клінічна картина та діагностика при ушкодженнях позапечінкових жовчних шляхів
 - Тактика хірурга при ушкодженні позапечінкових жовчних шляхів
 - Профілактика ушкоджень позапечінкових жовчних шляхів.

Тема семінарського заняття № 12. *Ускладнення операцій на легенях: операційні і післяопераційні (найближчі та віддалені). Профілактика і лікування*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з можливими ускладненнями при операційних втручаннях на легенях

Професійно орієнтована: ознайомлення з найбільш небезпечними інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями в торакальній хірургії, методами їх профілактики та лікування

Теми реферативних повідомлень:

- Прогнозовані, малопрогнозовані та випадкові інтраопераційні ускладнення
- Післяопераційні ускладнення (безпечні та небезпечні для життя)
- Ушкодження артеріальних та венозних стовбурів кореня легені
- Пошкодження та порушення прохідності бронхіальних стовбурів
- Неспроможність швів кукси бронха, легені
- Рефлекторні ускладнення (ларингоспазм, бронхоспазм, зупинка серця)
- Поранення діафрагми під час операції

Короткий зміст заняття:

Важливість попередження розвитку інтраопераційних ускладнень є очевидною, оскільки саме ці ускладнення безпосередньо загрожують життю пацієнта або ускладнюють перебіг післяопераційного періоду. Чим краще буде виконано хірургічне втручання з точки зору техніки, анатомії та фізіології, тим легшим буде післяопераційний період. Завдання заняття полягає у визначенні найбільш характерних, патогномонічних ускладнень після проведення торакальних операцій, які могли б вплинути на тяжкість та характер післяопераційних ускладнень та остаточний результат хірургічного лікування.

Напрямки дискусії:

- Протипоказання до операційного втручання на легенях
- Лікування ателектазу та колапсу легені в післяопераційному періоді
- Профілактика та лікування післяопераційних пневмоній
- Ускладнення анестезії (методи інтубації, порушення легеневої вентиляції)
- Тромбоемболія легеневих артерій
- Інфаркт міокарду, як післяопераційне ускладнення.

Тема семінарського заняття № 13. *Фізіологія печінки та її функціональний стан при хірургічній патології*

Навчальна мета заняття: відновити знання лікарів-інтернів стосовно фізіології печінки

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів оцінювати стан функції печінки при хірургічній патології

Теми реферативних повідомлень:

- Анатомо-топографічні характеристики печінки
- Роль печінки в білковому обміні
- Печінка та система згортання крові
- Детоксикаційна функція печінки
- *Взаємозв'язок гомеостазу печінки із гострими хірургічними захворюваннями*

Короткий зміст заняття:

Печінка – паренхіматозний орган, основною функцією якого є забезпечення хімічного гомеостазу організму. Основною структурною одиницею її є печінкова частка. Печінка відіграє важливу роль в обміні амінокислот, приймає участь у синтезі білків (єдине місце синтезу альбуміну, фібриногену і протромбіну), компонентів системи згортання крові. Тут здійснюється обмін білірубіну, нейтральних жирів, жирних та жовчних кислот. Однією з найважливіших у клінічній практиці функцій є детоксикація шкідливих речовин та їх кліренс.

Напрямки дискусії:

- Анатомічна будова печінки
- Особливості ангіоархітектоніки печінки
- Біохімічні дослідження функції печінки
- Патоморфологія печінки

Тема семінарського заняття № 14. *Цирози печінки і портальна гіпертензія. Їх класифікація, хірургічна тактика в залежності від їх виду і ускладнень. Безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з різними класифікаціями цирозу печінки та портальної гіпертензії, причинами виникнення, методами діагностики та лікування.

Професійно орієнтована: навчити диференційованого підходу при виборі методу лікування, звернути особливу увагу на показання і протипоказання до проведення операції. Ознайомити з досягненнями хірургії при лікуванні цирозу печінки, портальної гіпертензії, малоінвазивних методів лікування, трансплантації печінки.

Теми реферативних повідомлень:

- Визначення та класифікація цирозу печінки, сучасні уявлення про патогенез
- Патогенез портальної гіпертензії в залежності від її виду
- Кровообіг у портальній системі. Види анастомозів при портальній гіпертензії
- Сучасні методи діагностики цирозу печінки та портальної гіпертензії
- Консервативне лікування кровотеч при цирозі печінки
- Малоінвазивні (рентгеноендоваскулярні та ендоскопічні) методи зупинки кровотечі
- Хірургічна корекція портальної гіпертензії. Пересадка печінки
- Безпосередні і віддалені результати лікування

Короткий зміст заняття:

Цироз печінки (ЦП) – це незворотне дифузне ураження печінки, що характеризується наявністю фіброзу та перебудовою нормальної архітекτονіки паренхіми. Клінічні прояви ЦП залежать від етіології, стадії циротичного процесу, активності запалення, ступеня порушення функції печінки. Найчастіші симптоми ЦП – портальна гіпертензія та печінково-клітинна недостатність. Під синдромом портальної гіпертензії розуміють стійке підвищення тиску в системі ворітної вени, що проявляється низкою симптомів – асцит, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, шлунка та прямої кишки. Розрізняють 4 типи блоку портальної системи: допечінковий, внутрішньопечінковий, надпечінковий та змішаний.

Напрямки дискусії:

- Цироз печінки як медично-соціальна проблема
- Критерії діагностики цирозу печінки (шкали METAVIR, Knodell, Ishak)
- Оцінка операційного ризику з допомогою класифікації Child-Pugh
- Параметри оцінки портального кровоплину шляхом ультразвукового дослідження

- Переваги та недоліки ендоскопічних (лігування, склерозування, клішування) та ендovasкулярних (TIPS, емболізація вен шлунка) методів гемостазу
- Показання до трансплантації печінки
- Паліативні та радикальні хірургічні втручання при портальній гіпертензії.

Частина третя

Тема семінарського заняття №1. *Антибіотики у хірургії*

Навчальна мета заняття: сформулювати у лікарів – інтернів сучасні знання про застосування антибіотиків у хірургічній практиці

Практично орієнтована: навчити лікарів – інтернів правильно застосовувати антибіотики у лікуванні хірургічних інфекцій і для їх профілактики

Теми реферативних повідомлень:

- Характеристика основних груп антибіотиків
- Антибіотикопротекція в хірургії
- Основні принципи антибактерійної терапії хірургічних інфекцій
- Комбінації антибіотиків з іншими лікувальними препаратами у комплексному лікуванні інфекцій хворих хірургічного профілю
- Місцеве застосування антибіотиків. Антибіотики в амбулаторній хірургії
- Побічні дії антибактерійної терапії

Короткий зміст заняття :

Застосування антибіотиків у хірургії направлене на підвищення якості надання медичної допомоги, шляхом створення раціональних схем антибактерійної терапії, контролю появи і розповсюдження антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів. Застосовують такі основні групи антибіотиків: бета-лактами, макроліди, тетрацикліни, аміноглікозиди, левоміцетини та його похідні, циклічних поліпептидів. Адекватна антибактерійна терапія хірургічних інфекцій вимагає якісної мікробіологічної діагностики. Антибіотикопротекція – це короткий курс антибіотикотерапії, який починається перед операцією і призначається при високому ризику виникненні інфекції у післяопераційному періоді. Важливо визначити шляхи введення і дозу препарату. Показом до проведення антибіотикотерапії є діагностована хірургічна інфекція, а також застосовується в окремих категоріях пацієнтів з високим ризиком розвитку інфекції в ділянці хірургічного втручання. Вид антибіотика визначається в залежності від клінічної картини, класу інфекції і ділянки хірургічного втручання. Слід пам'ятати, що основним методом лікування хірургічної інфекції є дренирування або санація джерела інфекції.

Напрямки дискусії:

- Антибіотики вибору та альтернативні препарати для лікування бактерійних інфекцій
- Покази та протипоказання для застосування антибіотикопротекції
- Дозування та шляхи введення антибіотиків

- Антибактеріальна терапія хірургічних інфекцій
- Тривалість антибактеріальної терапії. Ступенева антибіотикотерапія
- Місцеве застосування антибіотиків
- Антибіотики в амбулаторній хірургії
- Ускладнення антибактеріальної терапії.

Тема семінарського заняття №2. *Гострі тромботичні і запальні ураження системи нижньої і верхньої порожнистих вен*

Навчальна мета заняття: підвищити теоретичні знання з питань етіології, патогенезу та клініки тромбофлебіту та флебіту, засвоїти принципи і схеми лікування.

Професійно орієнтована: визначити покази і протипокази до операційного лікування гострих тромботичних та запальних уражень системи верхньої та нижньої порожнистої вен.

Теми реферативних повідомлень:

- Гнійний флебіт і тромбофлебіт (етіологія, клініка, лікування)
- Ускладнення, якими супроводжуються гнійні захворювання судин
- Гнійний тромбофлебіт порталних вен
- Флебіт, як ускладнення гострої хірургічної патології органів черевної порожнини
- Антибіотикотерапія та додаткові методи лікування гнійних захворювань судин

Короткий зміст заняття:

Запалення вени може починатися як із зовнішньої її оболонки (перифлебіт), так і з боку внутрішньої (ендофлебіт). Спочатку венозна стінка інфільтрується серозним, а з часом – гнійним ексудатом. У просвіті вени утворюється кров'яний згорткок. Виникненню флебіту сприяють зниження реактивності організму, пошкодження венозної стінки (частіше під час пункції), сповільнення в ній руху крові, підвищення коагуляційних властивостей крові. Частіше цей процес уражує судини нижніх кінцівок. Гострий флебіт може бути простим (серозним) і гнійним. У разі першої форми стінка вени пошкоджується незначно, тромби в ній не утворюються і просвіт її зберігається. Процес такий звичайно закінчується одужанням. Для гнійного флебіту характерне утворення в просвіті вени тромбів, які нагноюються. Особливою формою є мігруючий тромбофлебіт, який, уражаючи поверхневі вени, може переміщатися в різні ділянки. Часто він супроводжується одночасним ураженням артерій (хвороба Бюржера). Тромбофлебіт нижніх кінцівок у разі гнійного запалення тазової клітковини довкола матки і тромбофлебіт вісцеральних вен таза, що іноді спостерігається після пологів, мають своєрідний перебіг. Процес має назву білої або синьої флегмазії (phlegmasia alba dolens і phlegmasia caerulea dolens).

Пілефлебіт – гнійний тромбофлебіт ворітної вени та її гілок, яке розвивається вторинно в результаті гострих або хронічних захворювань органів черевної порожнини

Напрямки дискусії:

- Діагностика гострого флебіту та тромбофлебіту
- Принципи лікування гнійних захворювань вен
- Основні принципи консервативного лікування
- Покази і методи тромболітичної терапії (фібринолізин, стрептокіназа, стрептодеказа)
- Операційне лікування тромбофлебітів – тромбектомія, плікація нижньої порожнистої вени, перев'язка вени вище тромбу
- Профілактика тромбофлебітів та тромбемболічних ускладнень
- Раціональна антибіотикотерапія гнійних захворювань вен системи верхньої та нижньої порожнистої вени.

Тема семінарського заняття №3. *Загальні принципи і способи хірургічного лікування ушкоджень кровоносних судин*

Навчальна мета заняття: сформувати в лікарів-інтернів сучасне бачення травматичних ушкоджень судин та способи реконструкційних операцій.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів надавати первинну хірургічну допомогу постраждалим з ізольованою та поєднаною травмою кровоносних судин.

Теми реферативних повідомлень:

- Частота судинної травми у військовий та мирний час
- Класифікація артеріальної та венозної травми
- Діагностичні ознаки артеріальної травми
- Диференційна діагностика гострої периферійної ішемії
- Лікування травматичного пошкодження судин. Методи тимчасової зупинки кровотечі
- Пізні ускладнення судинної травми

Короткий зміст заняття:

У військовий час перші місця займає травма стегнової (27,8%), плечової (18,5%) та гомілкових (20,0%) артерій. Артеріальна травма в мирний час: виробнича – 33%, побутова – 23%, суїциди – 23%, дорожня – 14%, ятрогенна – 7%. Класифікація артеріальної травми (Linder F., Volmar J., 1965): пряма (гостра, тупа), непряма (артеріальний спазм, розтягнення, децелерація). Причини ятрогенної травми: аортоангіографія (розшарування, псевдоаневризми), канюляція (тромбоз, розшарування, неоклюзивна ішемія), лігування (артеріовенозні фістули, гостра ішемія), ін'єкції (хімічний опік,

тромбоз, розшарування, артеріовенозні фістули), травма розтягненням (надриви v. cava inf. при нефректомії), радіаційне опромінення. Ушкодження з високим ризиком судинної травми – залежність від перелому/вивиху скелетного каркасу. Методи тимчасової зупинки кровотечі – притискання магістральної судини в типових місцях, тиснучі пов'язки, пневматичний турнікет Perth'a.

Напрямки дискусії:

- Епідеміологія травматичного ушкодження судин у військовий та мирний час
- Способи зупинки артеріальної кровотечі на дошпитальному та шпитальному етапах
- Критерії тяжкості периферійної ішемії
- Способи відновлення прохідності кровоносних судин
- Правила збереження кінцівки для реінплантації
- Як уникнути ятрогенного ушкодження судин
- Реабілітація постраждалих з травматичними ушкодженнями артерій та вен.

Тема семінарського заняття № 4. *Міастенія як хірургічна проблема*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з клінічними проявами міастенії, основними методами консервативного та хірургічного лікування.

Професійно орієнтована: засвоїти прояви генералізованої форми міастенії, покази до операційного втручання, техніки виконання тимектомії.

Теми реферативних повідомлень:

- Симптоматика міастенії
- Діагностика захворювання
- Консервативне лікування міастенії
- Покази до оперативного втручання

Короткий зміст заняття:

Міастенія – аутоімунне захворювання з порушенням нервово-м'язової провідності, що проявляється м'язовою слабкістю і патологічною м'язовою стомлюваністю. Незважаючи на сучасні досягнення торакальної хірургії, застосування нових антихолінестеразних препаратів, сучасної гормонотерапії та інших засобів імунодепресії, лікування хворих на міастенію залишається важливою проблемою клінічної медицини. На сучасному етапі тимектомія, як спосіб хірургічного лікування хворих на міастенію, безсумнівно, є базовим способом лікування. Однак, ранні та віддалені результати після тимектомії свідчать про відносну стабілізацію міастенічного статусу лише в 60-65 % оперованих, тоді як відсутність клінічного ефекту після тимектомії

реєструється у 20-25 % хворих, а посилення міастенічної симптоматики та погіршення загального статусу відмічається в 7-10 % хворих.

Напрямки дискусії:

- Основні прояви міастенічного кризу
- Серологічні дослідження, голчаста електроміографія у діагностиці міастенії
- Роль КТ грудної клітки для виявлення тимому або гіперплазії вилочкової залози
- Генералізована форма міастенії, як показ для тимектомії.

Тема семінарського заняття №5. *Підфасціальний фасціотиск (краш-синдром)*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів вміння профілактики і лікування краш-синдрому.

Професійно орієнтована: вивчити симптоматику краш-синдром, оволодіти його діагностикою та сучасними принципами лікування.

Теми реферативних повідомлень:

- Патогенез розвитку підфасціального фасціотиску
- Клінічна картина і методи діагностики краш-синдрому
- Методи лікування краш-синдрому

Короткий зміст заняття:

Синдром тривалого стискання патологічний стан, що розвивається після тривалого стискання великої маси м'яких тканин. Тривале стискання і травматизація нервових стовбурів обумовлюють патологічні нервово-рефлекторні впливи на ЦНС, ендокринну систему, кровообіг та функцію нирок. Пусковим чинником багатьох патофізіологічних зрушень в організмі потерпілого є біль. Втрата плазми в пошкоджених тканинах досягає нерідко катастрофічних розмірів. Об'єм циркулюючої крові залежно від тривалого стискання може знижуватися на 27-52% від початкового рівня. Так, при набряку однієї верхньої кінцівки депонується до 2-3 л, а нижньої – до 3-5 л рідини, в основному плазми. Масивну втрату плазми деякі дослідники називають білою кровотечею, яка переноситься організмом тяжче, ніж крововтрата. Велике значення в патогенезі розвитку належить токсемії. На догоспітальному етапі після звільнення потерпілого перша допомога на місці події повинна включати введення знеболювальних (промедол, омнопон, морфін, анальгін), седативних і антигістамінних засобів, проведення новокаїнової блокади футляра 0,25% розчином новокаїну в проксимальному відділі здавленої кінцівки, туге бандажування кінцівки еластичним або марлевым бинтом, транспортну іммобілізацію, місцеву гіпотермію у вигляді обкладення пошкодженої кінцівки льодом. На госпітальному етапі здійснюють інтенсивні протишокові і реанімаційні заходи.

Напрямки дискусії:

- Пускові чинники виникнення краш-синдрому
- Періоди клінічного перебігу підфасціального фасціотиску
- Принципи лікування краш-синдрому.

Тема семінарського заняття №6. *Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС)*

Навчальна мета заняття: узагальнити і систематизувати знання про посттромбофлебітичний синдром.

Професійно орієнтована: прослідкувати причинно-наслідкову залежність лімфовенозної недостатності, флеботромбозу в системі нижньої порожнистої вени та ПТФС.

Теми реферативних повідомлень:

- Основні причини розвитку ПТФС
- Клініка та діагностика різних форм ПТФС
- Диференціальна діагностика ПТФС
- Методи консервативного та операційного лікування ПТФС
- Показання та протипоказання для проведення хірургічного лікування
- Методи профілактики розвитку ускладнень ПТФС

Короткий зміст заняття:

Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС) – це хронічна венозна патологія, пов'язана з перенесеним гострим тромбозом глибоких вен із подальшими патоморфологічними і патофізіологічними процесами у венозній системі, які об'єднуються в окрему нозологічну форму з типовими зовнішніми проявами і характерними порушеннями регіонарної та центральної гемодинаміки. Посттромбофлебітичний синдром виявляють у 5-7 % працездатного населення розвинутих країн. Кількість хворих на ПТФС становить 28% від хворих з різними видами венозної патології. Гострий ілеофеморальний тромбоз у 75% закінчується розвитком ПТФС. Ефективність застосованих методів лікування, особливо консервативних, недостатня. Більш ніж у 80 % хворих у терміни понад 10 років від початку захворювання розвиваються трофічні розлади тканин і виразки, що ведуть до інвалідності. Практичні хірурги застосовують недостатньо обґрунтовану тактику лікування, не завжди використовують сучасні високоінформативні методи дослідження, такі як ультразвукове сканування, флебографію.

Напрямки дискусії:

- Особливості венозної гемодинаміки у хворих з ПТФС
- Клінічна характеристика різних форми ПТФС
- Патогенез виникнення трофічної виразки у хворих з ПТФС
- Диференціальна діагностика ПТФС, лімфостазу та ангіодисплазії

- Методи діагностики ПТФС
- Види рентгенологічних досліджень при ПТФС
- Показання і протипоказання для операційного лікування ПТФС
- Методи операційного лікування
- Експертна оцінка працездатності хворого на ПТФС.

Тема семінарського заняття №7. *Проблеми ВІЛ-інфекції в хірургії*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання етіології, патогенезу, клініки, діагностики, особливостей перебігу та лікування хірургічної патології у ВІЛ-інфікованих хворих.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів діагностувати та лікувати хірургічну патологію у ВІЛ-інфікованих хворих. Знати профілактику інфікування медичного персоналу, який контактує з ВІЛ-інфікованим пацієнтом.

Теми реферативних повідомлень:

- Загальна характеристика ВІЛ-інфекції
- Епідеміологія, етіопатогенез, клінічна класифікація ВІЛ-інфекції
- Клінічна картина та стадійність протікання захворювання
- Методи обстеження ВІЛ-інфікованих хворих
- Загальні принципи лікування
- Профілактика інфікування медперсоналу
- Особливості протікання хірургічної патології у ВІЛ-інфікованих хворих

Короткий зміст заняття:

ВІЛ-інфекція – це тривале та тяжке захворювання з ураженням клітин імунної системи людини, проти якого поки що не розпрацьовані ефективні методи лікування та засоби специфічної профілактики. При ВІЛ-інфекції уражається імунна система, яка призводить до стану, відомого під назвою "синдром набутого імунодефіциту", при якому у хворого розвиваються "опортуністичні захворювання", тяжкі форми інфекцій, викликаних умовно-патогенними збудниками та деякі онкологічні захворювання. Діагностика ВІЛ-інфекції включає в себе два послідовних етапи: 1) встановлення власне діагнозу ВІЛ-інфекції, 2) встановлення клінічного діагнозу, тобто встановлення стадії та характеру протікання ВІЛ-інфекції. З ростом кількості ВІЛ-інфекції та збільшенням середньої тривалості життя ВІЛ-інфікованих хворих, росте також кількість пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою у відділення невідкладної та планової хірургії для проведення різних операційних втручань. Проблема надання хірургічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим набуває особливої актуальності. Всю профілактику СНІДу в хірургії можна розділити на чотири самостійні напрямки: встановлення вірусноносіїв, виявлення хворих

на СНІД, дотримання техніки безпеки для медичного персоналу та зміна правил стерилізації інструментів.

Напрямки дискусії:

- Особливості зміни імунного статусу у ВІЛ-інфікованої людини
- Хірургічні маски СНІДу
- Особливості протікання хірургічних захворювань у хворих ВІЛ/СНІД
- Хірургічна допомога хворим з хірургічною патологією при наявності ВІЛ-інфекції
- Техніка безпеки і профілактика захворюваності на ВІЛ/СНІД.

Тема семінарського заняття №8. **Реакція організму на травму. Травматична хвороба**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про травматичну хворобу та реакцію організму на травму.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів обґрунтованого підходу до лікування поранених і постраждалих, на основі прогнозування ризику ускладнень, сконцентрувати зусилля на основних напрямках у боротьбі з негативними наслідками травми.

Теми реферативних повідомлень:

- Поняття "травма", "травматизм", "травматична хвороба"
- Класифікація травм і травматизму
- Теорія адаптації Сельє
- Патогенез травматичної хвороби
- Синдром взаємного обтяження

Короткий зміст заняття:

Травматична хвороба – це патологічний процес, викликаний тяжкою (частіше поєднаною) механічною травмою, в якому послідовна зміна ключових чинників патогенезу обумовлює закономірну послідовність періодів клінічного перебігу. У протікання травматичної хвороби її виділяють 4 періоди: 1. Гострий період – період порушення життєво важливих функцій. Його тривалість становить від 4 до 12 год. Він проявляється травматичним шоком, гострою дихальною недостатністю, гострою серцевою недостатністю, травматичної комою. 2. Період відносної стабілізації життєво важливих функцій, який триває від 12 до 48 год.. Характеризується відносно невисоким ризиком розвитку загрозливих для життя ускладнень. 3. Період максимальної ймовірності розвитку ускладнень, тривалістю від 3 до 10 діб. Найбільш частими ускладненнями є синдром гострого ушкодження легенів, респіраторний дистрес-синдром, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання, набряк головного мозку, пневмонія, генералізовані інфекційні ускладнення,

синдром поліорганної недостатності. 4. Період повної стабілізації життєво важливих функцій, який триває до одужання постраждалих. У патогенезі травматичної хвороби провідне значення мають безпосередні наслідки пошкодження – крововтрата, системні розлади мікроциркуляції, гіпоксія, потужна патологічна ноціцептивна імпульсація. Особливості перебігу травматичної хвороби визначаються також своєчасністю і адекватністю хірургічного лікування та інтенсивної терапії, супутніми захворюваннями.

Напрямки дискусії:

- Поняття "травматична хвороба"
- Періоди травматичної хвороби
- Варіанти травматичної хвороби
- Синдром взаємного обтяження, попередження та лікування.

Тема семінарського заняття №9. Туна і проникаюча травма грудної клітки. Травматична асфіксія. Плевропульмональний шок

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про тупу і проникаючу травму грудної клітки, травматичну асфіксію та плевропульмональний шок.

Професійно орієнтована: навчити лікарів-інтернів вчасно діагностувати та вміти надати першу допомогу постраждалих з травматичною асфіксією та плевропульмональним шоком.

Теми реферативних повідомлень:

- Клінічна анатомія грудної стінки, органів грудної клітки та плеври
- Класифікація травми грудної клітки
- Клінічна картина травматичної асфіксії
- Причини плевропульмонального шоку
- Невідкладна допомога при травмі грудної клітки

Короткий зміст заняття:

Травми грудної клітки складають 10-12% всіх травматичних ушкоджень. Четверть травм грудної клітки це тяжкі пошкодження, що вимагають невідкладного хірургічного втручання. Закриті пошкодження в мирний час переважають над відкритими і становлять більше 90% всіх травм грудей. Незважаючи на різноманіття характеру порушень, в першу чергу слід віднести: розлади зовнішнього дихання (респіраційні), розлади кровообігу (циркуляційні), шок. Торакальна травма вимагає, перш за все, звернути особливу увагу на прохідність дихальних шляхів та механіку дихання. Головним і вирішальним аспектом реанімації є ефективна вентиляція. У легких випадках – спокій, лід на голову; при збудженні вводять седативні засоби (седуксен або реланіум, 1% розчин димедролу); у випадках середньої тяжкості

– підвищене положення, інгаляція кисню, серцево-судинні засоби. У тяжких випадках при відсутності свідомості – штучне дихання з використанням маски від апарату АМБУ, застосування повітроводів (S-подібна трубка, ларингеальна маска), екстрена інтубація трахеї. Внутрішньовенно вводять 20 мл 40% розчину глюкози, лазикс 40-80 мг для попередження набряку легень і зменшення набряку мозку.

Напрямки дискусії:

- Клінічна анатомія грудної стінки, органів грудної клітки та плеври
- Класифікація травми грудної клітки
- Клінічна картина травматичної асфіксії
- Техніка коніотомії, трахеостомії, інтубації трахеї
- Невідкладна допомога при травматичній асфіксії
- Причини та невідкладна допомога при плевропульмональному шоці.

Тема семінарського заняття №10. ***Фізіологія щитоподібної залози, біологічна дія тиреоїдних гормонів. Етіологія і патогенез тиреотоксикозу***

Навчальна мета заняття: обговорити питання фізіології щитоподібної залози (ЩЗ), її основні функції та вплив на ріст, розвиток, метаболізм тканин та обмін речовин в організмі. Сформувати уявлення про синтез і виділення гормонів ЩЗ, метаболізм йоду і транспорт тиреоїдних гормонів, причини і механізм виникнення тиреотоксикозу.

Професійно орієнтована: навчити розпізнавати клінічні ознаки гіпо- і гіперфункції ЩЗ, розуміти вплив тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофіза на регулювання функції ЩЗ, значення результатів рівня тиреоїдних гормонів для визначення тактики лікування хворих на зоб. Засвоїти принципи лікування тиреотоксикозу, профілактики тиреотоксичного кризу, невідкладні заходи та інтенсивну терапію при виникненні кризу.

Теми реферативних повідомлень:

- Основні структурні типи клітин ЩЗ, їх функція
- Гомеостатична регуляція функції ЩЗ, роль ТТГ гіпофіза
- Тиреогормоногенез, метаболізм йоду
- Метаболізм і транспорт тиреоїдних гормонів
- Біологічна дія тиреоїдних гормонів
- Етіологія, патогенез, профілактика тиреотоксикозу
- Невідкладна допомога при тиреотоксичному кризі

Короткий зміст заняття:

У паренхімі ЩЗ є три види клітин. Основну масу складають фолікулярні або А-клітини, які виробляють гормони тироксин (Т₄) і трийодтиронін (Т₃). Клітини Гюртля-Ашкеназі або В-клітини синтезують і нагромаджують біогенні

аміни (серотонін). С-клітини (парафолікулярні) забезпечують синтез кальцитоніну, який регулює вміст кальцію в крові і клітинах. Гомеостатична регуляція функції ЩЗ відбувається центральною нервовою системою, гіпоталамусом і гіпофізом. ЩЗ виконує три основні функції: 1) поглинає йодиди з крові; 2) синтезує гормони, які містять йод; 3) виділяє ці гормони в кров. Гормони ЩЗ впливають на основний, вуглеводний, білковий, жировий і водно-сольовий обміни, сприяють збільшенню росту і розвитку тіла, мають трофічну дію на зуби, шкіру та її додатки, серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт. Етіологічними чинниками тиреотоксикозу є: гостра і хронічна психічні травми, перегрівання на сонці, інфекції, інтоксикації, черепно-мозкова травма при дії на генетично схильний до нього організм. Відбувається підвищення основного обміну і збільшення теплопродукції, підвищення тонуусу нервової системи, тахікардія з розладами серцевого ритму, токсичний гепатит, ентерит. Профілактика тиреотоксичного кризу після операції з приводу дифузного токсичного зоба полягає в адекватному приготуванні хворого до операції шляхом ліквідації симптомів тиреотоксикозу за допомогою тиреостатичної терапії.

Напрямки дискусії:

- Вплив ЩЗ на ріст, розвиток і метаболізм тканин організму
- Гомеостатична регуляція функції ЩЗ, роль ТТГ
- Біологічна дія тиреоїдних гормонів, метаболізм йоду
- Клінічне значення та інтерпретація рівня тиреоїдних гормонів в сироватці крові
- Профілактика тиреотоксичного кризу у хворих на дифузний токсичний зоб
- Невідкладні заходи та інтенсивна терапія при виникненні тиреотоксичного кризу.

Тема семінарського заняття № 12. *Хімічні опіки стравоходу*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними методами діагностики та лікування хворих з хімічними опіками стравоходу.

Професійно орієнтована: вміти надавати невідкладну допомогу при опіках стравоходу, проводити інтенсивну консервативну терапію, невідкладне операційне втручання.

Теми реферативних повідомлень:

- Особливості анатомічної будови стравоходу
- Клінічна картина хімічних опіків стравоходу, класифікація
- Методи ендоскопічної діагностики
- Ранні та пізні ускладнення при опіках стравоходу
- Покази до операційного лікування

Короткий зміст заняття:

Хімічні опіки спричинюються хімічно активними речовинами — кислотами (сірчана, хлористоводнева, азотна, оцтова), лугами, оксидами фосфору внаслідок помилкового чи навмисного вживання хімічних речовин. Глибокі опіки стравоходу, особливо зумовлені основами, можуть ускладнюватись некрозом та перфорацією стінки стравоходу і розвитком тяжкого гнійного (заднього) медіастиніту. Діагностика хімічних опіків ґрунтується на ретельно зібраному анамнезі, даних рентгенологічного та ендоскопічного обстежень. Важливе значення у лікуванні має правильно надана перша невідкладна допомога. Із загрозливих для життя ускладнень слід віднести перфорацію та кровотечу. До пізніх ускладнень відносять стриктури, основним методом лікування яких являється бужування стравоходу. При неефективності консервативних методів лікування проводиться езофагопластика.

Напрямки дискусії:

- Значення анатомічних звужень стравоходу при хімічних опіках
- Різниця між коагуляційним та колікваційним некрозами слизової
- Правильність надання першої невідкладної допомоги
- Пізні та ранні ускладнення при опіках стравоходу
- Покази до бужування стравоходу, види бужування
- Невідкладні покази до операційного втручання
- Езофагопластика, її види; ранні та пізні післяопераційні ускладнення.

Тема семінарського заняття №13. *Цукровий діабет і хірургічні захворювання*

Навчальна мета заняття: звернути увагу лікарів-інтернів на особливості перебігу гострих хірургічних захворювань у хворих на цукровий діабет.

Професійно орієнтована: навчити своєчасно розпізнавати гострі хірургічні захворювання у хворих на цукрових діабет, правильно визначити обсяг та терміни операційних втручань.

Теми реферативних повідомлень:

- Цукровий діабет як хірургічна, ендокринологічна та соціальна проблеми
- Особливості клініки та діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у хворих на цукровий діабет
- Гнійні захворювання шкіри і підшкірної клітковини, мала хірургія у хворих на цукровий діабет
- "Діабетична стопа" – етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування, профілактика

Короткий зміст заняття:

Поширеність цукрового діабету (ЦД) в сучасному світі приймає характер неінфекційної епідемії й уразила 200 млн. людей. У 2030 р. кількість хворих на ЦД зросте до 366 млн. За останні 10 років поширеність ЦД в Україні збільшилася майже в 1,5 рази, зареєстровано 2,0% населення, хворих на цукровий діабет, і, приблизно, така ж кількість недіагностованих випадків. Цукровий діабет є складною соціальною, ендокринологічною, геронтологічною та хірургічною проблемою. Цукровий діабет змінив клінічний перебіг гострих хірургічних захворювань, тому діагностика складає певні труднощі. Іноді постійні гнійні захворювання шкіри та підшкірної клітковини є першою ознакою скритої форми цукрового діабету. Складною є тактика лікування хворих з ускладненим цукровим діабетом – флегмоною або абсцесом стопи.

Напрямки дискусії:

- Інсулярний апарат підшлункової залози, його анатомія та функція
- Чинники впливу на продукцію інсуліну
- Цукровий діабет 1-го та 2-го типу
- Діагностика хірургічних захворювань у хворих на цукровий діабет, методи обстеження
- Вибір методів знеболення операційних втручань у хворих на цукровий діабет
- Післяопераційне ведення хворих та ускладнення після операцій
- Показання, обсяг та методи операційних втручань при "діабетичній стопі".

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., Кремнинская В.М. Фундаментальная и клиническая тироидология: Руководство. — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
14. Барановский А.Ю. Болезни оперированного желудка / А.Ю. Барановский. –С-Пб.: С-ПБМАПО, 2010. – 382 с.
15. Барановский А.Ю. Желтухи. Руководство для врачей/ А.Ю. Барановский. – С-Пб.: С-ПБМАПО, 2014. – 392 с.
16. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А., Левин Л.А. Лечебное питание больных после операций на органах пищеварения.- Санкт-Петербург: Диалект, 2006 – 160 с.
17. Барышев Б.А. Кровезаменители. Компоненты крови: справочник для врачей /Б.А. Барышев. – С-Пб.: Н–Л, 2010. – 204 с.
18. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – С-Пб, 2006. – 560 с.
19. Бойко В.В., Замятин П.Н., Удербаяев Н.Н., Скорый Д.И., Наконечный Е.В. Хирургия повреждений печени. – Х.: Б.и., 2007. – 240 с.
20. Бойко В.В., Флорикян А.К., Авдосьев Ю.В. и др. Гнойные заболевания легких и плевры. – Харьков: Прапор, 2007. – 576 с.
21. Браун Д.Л. Атлас регионарной анестезии / Д.Л.Браун. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 464 с.

22. Бунина М.В. Предоперационный период /М.В.Бунина. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2009. – 128 с.
23. Ватазин А.В. Послеоперационный перитонит. Хирургические концепции и методы экстракорпоральной гемокоррекции/ А.В.Ватазин.– М.: Бином–пресс, 2014. – 416 с.
24. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації / В. Н. Бойко, Б.О. Матвійчук [та ін.]. – Київ, 2013. – 63 с
25. Видеоэндоскопическая диагностика и минимально инвазивная хирургия холелитиаза / под ред. М.Е. Ничитайло. – К.: ВСИ "Медицина", 2013. – 296 с.
26. Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О. Хирургия грудной стенки. Видар, 2005. – 312 с.
27. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / За ред. В.Я. Білого. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 324 с.
28. Вказівки з воєнно-польової хірургії. / За ред. Я.Л. Заруцького. – К.:СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.
29. Власов А.П. Диагностика острых заболеваний живота: руководство /А.П.Власов, М.В. Кукош. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 448 с.
30. Волков С.И., Ермолов А.С., Лужников Е.А. Химические ожоги пищевода и желудка. – Медпрактика – М., 2006. – 120 с.
31. Воробьев А. А. Алгоритмы оперативных доступов/А. А.Воробьев. – С-Пб.: ЭЛБИ–С-Пб, 2010. – 256 с.
32. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии. Рук.для врачей. – Москва: «ГЕОТАРМедиа», 2007. – 761 с.
33. Гостищев В.К.Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 384 с.
34. Гострий апендицит та його ускладнення. / Михайлович В.В., Матвійчук О.Б., Богуцький І.Я. – Львів: Тріада-Плюс, 2011. –154 с.
35. Демченко В.И. Перитонит: клиника, диагностика, лечение /В.И. Демченко. – Нижний Новгород: НГМА, 2015. – 60 с.
36. Ермолов А.С. Диагностика и лечение острого панкреатита /А.С.Ермолов. – М.: Видар – М, 2013. – 384 с.
37. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
38. Закрита травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. – Х., 2008. – 528 с.
39. Замятин П.Политравма. Руководство для врачей (в 2–х томах)/ П. Замятин. – Харьков: Фактор, 2011. – 1328 с.
40. Ирвин Р.Процедуры и техники в неотложной медицине / Р. Ирвин. – М.: Бином, 2014. – 392 с.
41. Інноваційні технології лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч / Л.Я. Ковальчук, Є.М. Шепетько, В.О. Шапринський, В.А. Шуляренко та ін; за ред. Є.М. Шепетька – Київ – Фенікс, 2014 – 424с
42. Калинин Р.Е. Операции на сосудах: учебное пособие/ Р.Е.Калинин. – М.: ГЭОТАР–МЕД,2015. – 120 с.
43. Клавъен Пьер–Ален. Атлас хирургии верхних отделов желудочно–кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей/ Пьер–Ален Клавъен. – 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. Шулуток А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.А. Эндоскопическая торакальная хирургия. – М.: Медицина, 2006. – 464 с.
113. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии / Ф. Шумпелик – М.: Бином, 2010. – 616 с.
114. Экстренная медицинская помощь при травме / под редакцией Э. Мура, Л. Мэттокса, Д. Феличиано. – М.: Практика, 2010. – 744 с.
115. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учеб. пособие / Н. Е. Черняховская [и др.]. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс–информ, 2008. – 200 с.
116. Энтеросорбция при ожоговой болезни / Г.П.Козинец, А.М.Боярская, О.И.Осадчая [и др.]. – К.: Богдана, 2009. – 264 с.
117. Agresta F. Laparoscopic Cholecystectomy / Ferdinando Agresta, Fabio Cesare Campanile, Nereo Vettoreto // Springer International Publishing Switzerland. – 2014. – 185 p.
118. Avci C., Schiappa J.M. Complications in laparoscopic surgery: a guide to prevention and management. – Springer, 2016 – 118 p.
119. Bonavina L. Innovation in Esophageal Surgery / Springer-Verlag Italia. – 2012. – 136 p.
120. Brent G.A., Larsen P.R., Davies T.F. Hypothyroidism and thyroiditis / Kronenberg H.M., Melmed S., Polonsky K.S., Karsen P.R. eds. Williams Textbook of Endocrinology. — 11th ed. — Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2008. — 1872p.
121. Brethauer S. Minimally Invasive Bariatric Surgery / Stacy Brethauer, Philip R. Schauer, Bruce D. Schirmer // Springer-Verlag New York. Distribution rights for India: Delhi Book Store, New Delhi, India. – 2015. – 544 p.
122. Canonico Silvestro. Inguinal Hernia / InTech. – 2014. – 132 p.
123. Clinical Management of Thyroid Disease / Ed. by F.E. Wondisford, S. Radovick. — John Hopkins University School of Medicine. — Baltimore, Maryland, 2009. — 860 p.
124. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. by J. E. Dominguez-Munoz. — Oxford [et al.]: A Blackwell Publ. Co., 2005. — 535 p.
125. Dai Yamanouchi. Vascular surgery. InTech. – 2012. – 262 p.
126. Dienemann Hendrik C. Chest Surgery / Hendrik C. Dienemann, Hans Hoffmann, Frank C. Detterbeck // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2015. – 544 p.
127. Dubrana F. Techniques chirurgicales / Frederic Dubrana, Philippe Pasquier // Springer-Verlag Paris. – 2011. – 387 p.
128. Givel J-C. Anorectal and colonic diseases. A practical guide to their management / J-C. Givel, N.J. Mortensen, B. Roche // Third edition. – Springer. – 2006. – 802 p.
129. Hirsh J. Guidelines for antithrombotic therapy / J. Hirsh // Eight Edition. Hamilton: BC Decker Inc. — 2008. — 180 s.
130. Hyung Kyu Yang. Hemorrhoids / Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2014. – 142 p.
131. J.R. Howe. Endocrine and Neuroendocrine Surgery / James R. Howe // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2017. – 160 p.
132. Kingsnorth A. N. Management of abdominal hernias / A. N. Kingsnorth. — 2001. – 420 p.

133. Lumley J.S.P. Vascular Surgery / J.S.P. Lumley, Jamal J. Hoballah // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – 462 p.
134. Moshe Schein. Schein's common sense emergency abdominal surgery. Springer. – 2005. – 458 p.
135. Nicolaides A.N. Prevention and treatment of venous thromboembolism. International Consensus Statement. Guidelines according to scientific evidence / A.N. Nicolaides, J. Fareed, A.K. Kakkar [et al.]. — London: CDER Trust, 2006. — 128 s.
136. Oncology – Онкологія. Підручник / І. Б. Щепотін, В. Є. Чешук, Л. В. Гривкова [та ін.]; за ред. проф. І. Б. Щепотіна, Р. Т. Еванса. – К.: Медицина, 2008. – 216 с.
137. Philip H. Gordon. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Third edition. Informa helscare USA, Inc. New York, London. – 2006. – 1354 p.
138. Phlebology, Vein Surgery and Ultrasonography / Eric Mowatt-Larssen, Sapan S. Desai, Anahita Dua, Cynthia E. K. Shortell // Springer International Publishing. – 2014. – 394 p.
139. Schumpelick V. Recurrent hernia. Prevention and treatment / V. Schumpelick, R. J. Fitzgibbons. – Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg, 2007. – 433 p.
140. Shiffman M. A. Aesthetic surgery of the abdominal wall / Melvin A. Shiffman, Sid Mirrafati // Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. – 2005. – 244 p.
141. Siewert J.R. Chirurgie/ J. R. Siewert, Hubert J. Stein // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2012. – 1028 p.
142. Stefano Nazari. Front lines of thoracic surgery. InTech. – 2012. – 412 p.
143. Stein E. Anorectal And Colon Diseases. Textbook and color atlas of proctology / E. Stein // Springer. – 2003. – 522 p.
144. Surgical recall. 7th edition. Lorne H. Blackbourne / LWW, Sewenth, North American edition – 2014 – 824 pages
145. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Third edition. / S.R. Steele, T. L. Hull, Th.E. Read, T.J. Saclarides, A.J. Senagore, C.B. Whitlow // Springer International Publishing. – 2016. – 1292 p.
146. The Globesity Challenge to General surgery. Foletto, Mirto, Rosenthal, Raul // Springer-Verlag, Padua, Italia – 2014 – 246p.
147. Wexner S.D. Colon and rectal surgery. Abdominal operations / S.D. Wexner, J.W. Fleshman // Lippincott Williams & Wilkins. – 2012. – 612 p.
148. Wu S. Atlas of Single-Incision Laparoscopic Operations in General Surgery / Shuodong Wu, Ying Fan, Yu Tian // Springer Netherlands. – 2013. – 438 p.
149. Zinner M. Maingots Abdominal Operations. McGraw Hill Professional. – 2007. – 1488 p.
150. Zongcheng Yang. Chinese Burn Surgery / Springer Netherlands. – 2015. – 481 p.