

Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра загальної патології та хірургічних хвороб



Укладачі: Галей М.М.

Марчук І.П.

ХІРУРГІЯ

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ 4 КУРСУ**

Луцьк, 2025

УДК 616-089(072)

X 49

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського національного університету імені Лесі Українки
Протокол № __ від __ __ 2025 року*

Рецензенти:

Продан Андрій Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії ФПО, тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Степанюк Ярослав Васильович – професор, кандидат біологічних наук, завідувач кафедри гістології та медичної біології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Хірургія/ Методичні розробки до практичних занять для здобувачів освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 222 Медицина, освітньої програми Медицина. / укл. М.М.Галей, І.П.Марчук. – Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2025. – 211

Методичні матеріали розроблені згідно навчальної програми з ОК Хірургія, відповідно до вимог кредитно-модульної системи навчання та містять методичні вказівки для лабораторних робіт та перелік питань для практичних занять, завдання для індивідуальної роботи студентів, а також питання контролю знань під час самостійного вивчення окремих розділів ОК та ситуаційні задачі з урахуванням їх практичного значення та клінічного застосування. Методичні розробки призначено для студентів денної форми навчання галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 222 Медицина, освітньої програми Медицина.

УДК 616-089(072)

© Галей М.М., Марчук І.П., 2025

© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2025

ЗМІСТ

Тема 1. Гострий апендицит. Ускладнення гострого апендициту. особливості перебігу гострого апендициту у дітей, вагітних, людей похилого віку.	4
Тема 2. Гострі ускладнення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.	14
Тема 3. Гостра кишкова непрохідність. Етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування	25
Тема 4. Гострий перитоніт. Клінічна картина, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування. Відмежований перитоніт. Окремі клінічні форми перитоніту.	36
Тема 5. Гострий холецистит. Ускладнення гострого холециститу. Клініка, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування. Хвороби печінки, захворювання позапечінкових жовчних протоків, постхолецистектомічний синдром. Трансплантація печінки.	46
Тема 6. Гострий панкреатит. Етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування. Ускладнення панкреатиту. Показання та обґрунтування до трансплантації підшлункової залози. Захворювання селезінки.	57
Тема 7. Зовнішні та внутрішні грижі живота та їх ускладнення.	68
Тема 8. Захворювання тонкої кишки. Показання до трансплантації кишечника.	79
Тема 9. Хірургія шлунка, 12-палої кишки. Постгастрорезекційні та постваготомні синдроми.	90
Тема 10. Захворювання товстої кишки. Хвороби прямої кишки. Захворювання м'яких тканин промежини.	99
Тема 11. ЕГДС, покази та протипокази, методика виконання.	115
Тема 12. Колоноскопія, покази та протипокази, методика виконання.	125
Тема 13. Методи обстеження тонкого кишківника.	134
Тема 14. Ендоскопічний гемостаз.	143

Тема 15. Клінічна оцінка симптомів в урології. Інструментальні методи обстеження в урології. Рентгенологічна і радіоізотопна діагностика урологічних захворювань.	152
Тема 16. Гострий пієлонефрит. Пієлонефроз і паранефрит. Туберкульоз нирок.	165
Тема 17. Сечокам'яна хвороба. Нефроптоз і гідронефроз. Нефрогенна артеріальна гіпертензія.	181
Тема 18. Гостра ниркова недостатність. Ургентна урологія.	197

ТЕМА 1: ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ. УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ.ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ, ВАГІТНИХ, ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.

МЕТА: Вміти діагностувати, знати клінічні особливості перебігу та лікування типових, атипівих і ускладнених форм гострого апендициту, принципи і методи їх оперативного лікування.

Професійна орієнтація студентів:

Гострий апендицит є однією з важливих проблем сучасної хірургії (апендектомія складає 20– 40 % від усіх хірургічних операцій). Переважно гострий апендицит дає яскраву клінічну картину, проте нерідко має місце атипівий перебіг захворювання, що створює діагностичні труднощі, призводить до значної кількості ускладнень і навіть летальних випадків, які складають в середньому 0,1–0,3 %.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість

стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.

4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчувати пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі пальпація живота для визначення патогномонічних симптомів, УЗД правої здухвинної ділянки) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у куrowаного хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострим апендицитом;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика гострого апендициту.
2. Особливості перебігу гострого апендициту у хворих молодого і старшого віку.
3. Етіологія, патогенез та клінічні прояви гострого апендициту.
4. Диференційна діагностика гострого апендициту.
5. Діагностичні критерії гострого апендициту (клінічні, лабораторні та інструментальні).

6. Ускладнення гострого апендициту.
7. Основні методи лікування гострого апендициту.
8. Покази до оперативного втручання гострого апендициту. Вибір методу хірургічного лікування гострого апендициту.
9. Протипокази до оперативного лікування гострого апендициту.
10. Особливості передопераційної підготовки.
11. Ускладнення оперативних втручань гострого апендициту.
12. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з гострим апендицитом.
13. Трудова експертиза.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Симптом Волковича-Кохера - це:
 - A. Посилення болю в правій клубовій ділянці при нанесенні поштовхів в лівій клубовій ділянці
 - B. Посилення болів в правій клубовій ділянці при напрузі в правому клубово-поперековому м'язі
 - C. Посилення болів в правій клубовій ділянці в положенні хворого на лівому боці
 - D. Посилення болів в правій клубовій ділянці при повороті хворого на лівий бік
 - E. Переміщення болів з епігастральної ділянки або верхньої половини живота в праву клубову
2. Основний симптом, що дозволяє діагностувати тазове розташування гострого апендициту:
 - A. Симптом Щоткіна- Блюмберга
 - B. Симптом Ровзінга
 - C. Болючість передньої стінки прямої кишки при ректальному дослідженні
 - D. Напруження м'язів в правій клубовій ділянці
 - E. Симптом Кохера – Волковича
3. При гострому апендициті виявляються симптоми:
 - A. Кохера
 - B. Волковича-Кохера
 - C. Мейо-Робсона
 - D. Троянова-Тренделенбурга

Е. Жирара- Спасокукоцького

4. При гострому апендициті виявляються симптоми:

А. Жирара- Спасокукоцького

В. Кохера

С. Мейо-Робсона

Д. Троянова-Тренделенбурга

Е. Бартомье-Міхельсона

5. Пілефлебіт зазвичай є ускладненням:

А. Проривної виразки шлунку

В. Завороту тонкої кишки

С. Інфаркту тонкої кишки внаслідок емболії верхньої брижової артерії

Д. Деструктивного апендициту

Е. Пухлини сліпої кишки, що розпадається, з явищами параколичного лімфаденіту

Ситуаційні задачі:

1. Пронос не обов'язковий, але можливий при гострому апендициті у дітей. В яких випадках пронос підтверджує запалення апендикса?

А. При тазовому розміщенні апендикса.

В. У 1-шу добу захворювання.

С. При гіпертермії.

Д. У дітей молодшого віку.

Е. При ретроперитонеальному розташуванні апендикса.

2. Хворого, 57 років, прооперовано з приводу гострого апендициту. Проте його стан після операції погіршився. Наступного дня було відзначено метеоризм, біль у животі, підвищення температури тіла до 39 0 С. Симптоми подразнення очеревини не спостерігаються. Незважаючи на проведення масивної антибіотикотерапії, стан пацієнта прогресивно погіршується, приєдналася жовтяниця. Яке ускладнення розвинулось у хворого ?

А. Абсцес дугласового простору.

В. Піддіафрагмальний абсцес.

С. Гангренозний холецистит.

Д. Розлитий перитоніт.

Е. Пілефлебіт.

3. Чоловік, 28 років, скаржиться на постійний сильний біль у правій половині живота, який віддає у праву поперекову ділянку, високу температуру тіла звечора до 39 0С , яка зранку знижується до 37 0С,

утруднену через біль ходьбу, загальну слабкість. Хворіє 10 діб. Захворювання почалося з болю в правій поперековій ділянці, незначного підвищення температури. Ці симптоми через 2 дні майже зникли, але потім відновились та поступово наростали. Об'єктивно: помірна болючість, відсутність чіткого напруження м'язів та сумнівний симптом Щоткіна-Блумберга у правій здухвинній ділянці; значна болючість, напруження м'язів у правій поперековій ділянці. Симптоми Габая, Пастернацького позитивні. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Гострий правобічний паранефрит.
- B. Гострий апендицит.
- C. Апендикулярний ретроцекальний абсцес.
- D. Апендикулярний інфільтрат.
- E. Апендикулярний здухвинний абсцес.

4. Хвору, 23 років, доставлено в лікарню ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше справа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені симптоми з'явилися раптово вночі. Остання менструація була 2 тижні тому. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, пульс – 92 за 1 хв, температура тіла – 36,6 0С, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болючий у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабкопозитивні. Аналіз крові: гемоглобін – 98 г/л. Сформулюйте найбільш вірогідний попередній діагноз:

- A. Апоплексія яєчника.
- B. Гострий апендицит.
- C. Кишкова непрохідність.
- D. Позаматкова вагітність.
- E. Ниркова коліка.

5. У хворого на 3 добу після апендектомії з приводу гангренозного апендициту розвинувся перитоніт. Проведена релапаротомія. Релапаротомія при розлитому гнійному перитоніті переслідує:

- A. Повторну апендектомію
- B. Повторну ревізію черевної порожнини
- C. Видалення злук
- D. Нормалізацію функції кишечника
- E. Нормалізацію функції сечового міхура

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Уміти виявити основні клінічні ознаки гострого апендициту, його атипичних і ускладнених форм.
2. Провести обстеження органів черевної порожнини
3. Провести диференціальний діагноз.

4. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
5. Діагностувати ускладнення гострого апендициту.
6. Знати покази до оперативного лікування та основні етапи апендектомії.
7. Знати ускладнення апендектомії.
8. Знати ведення післяопераційного періоду, дати призначення хворому в післяопераційному періоді.
9. Проведення реабілітації та трудової експертизи у хворих після апендектомії.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Класифікацію гострого апендициту (клінічна, морфологічна).
2. Клінічні фази перебігу гострого апендициту.
3. Особливості клінічного перебігу атипичних форм гострого апендициту.
4. Особливості клінічного перебігу гострого апендициту у дітей.
5. Особливості клінічного перебігу гострого апендициту у вагітних.
6. Особливості клінічного перебігу гострого апендициту у похилому і старечому віці.
7. Диференціальну діагностику гострого апендициту з проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки.
8. Диференціальну діагностику гострого апендициту з гострим
9. Диференціальну діагностику гострого апендициту з гострою кишковою непрохідністю.
10. Диференціальну діагностику гострого апендициту з гінекологічними захворюваннями.
11. Диференціальну діагностику гострого апендициту з захворюваннями сечовидільної системи.
12. Симптоми характерні для ретроцекального розташування червоподібного паростка?
13. Ускладнення гострого апендициту.
14. Типи апендектомій.
15. Апендикулярний абсцес. Діагностика. Лікування.
16. Апендикулярний інфільтрат. Діагностика. Лікування.
17. Апендикулярний перитоніт. Діагностика . Лікування.

18. Ранні ускладнення апендектомії.
19. Пізні ускладнення апендектомії.
20. Клінічні особливості гострого ретроцекального апендициту.
21. Клінічні особливості гострого апендициту при тазовому розміщенні апендикса.
22. Клінічні особливості гострого апендициту при підпечінковому розміщенні апендикса.
23. Клінічні особливості гострого апендициту при медіальному розміщенні червоподібного відростка.
24. Особливості клінічного перебігу і діагностики гострого апендициту у дітей.
25. Особливості клінічного перебігу і діагностики гострого апендициту у осіб похилого віку.
26. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікувальної тактики при гострому апендициті у вагітних жінок.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати анамнез у хворого.
2. Провести об'єктивне дослідження.
3. Виявити основні клінічні ознаки атипових і ускладнених форм гострого апендициту.
4. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз, провести диференціальний діагноз.
5. Обґрунтувати хірургічну тактику лікування.
6. Написати листок призначень хворому з різними клінічними формами гострого апендициту. Виписати рецепт на антибіотик, знеболюючий препарат.
7. Провести перев'язку

Еталони відповідей на тести:

1. Е
2. С

3. В
4. Е
5. D

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. А
2. Е
3. С
4. А
5. В

**ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ
ОСНОВНІ:**

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред. Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021. 416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія: навчальний посібник / За ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

**ТЕМА 2: ГОСТРІ УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ
ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**

Мета: Вміти діагностувати, знати клінічні особливості перебігу та лікування проривної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки залежно від локалізації і

ступеня тяжкості процесу, принципи і методи їх оперативного лікування. Вміти діагностувати, знати клінічні особливості перебігу та лікування кровоточивої виразки шлунка та дванадцятипалої кишки залежно від локалізації і ступеня тяжкості процесу, навчитися проводити диф. діагностику з кровотечами інших відділів кишечника, принципи консервативного та методи оперативного їх лікування.

Професійна орієнтація студентів. Труднощі в діагностиці проривної виразки, як правило, виникають при прикритій перфорації, а також при перфорації в сальникову сумку. Біля 20% виразка шлунка і 12-ти палої кишки ускладнюється кровотечею і в порівнянні з іншими ускладненнями посідає перше місце в причині смерті хворих.

Знання синдромів, які виникають після проведених резекцій шлунка та ваготомій, обумовлюють правильніший підхід до вибору оперативного втручання та техніки його виконання.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної

допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих,

враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного

захворювання та отримати його згоду.

6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд, пальпація органів ший, УЗД – щитоподібної залози із доплерографією, відеоларингоскопія) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострими ускладненнями виразкової хвороби;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Фактори ризику кровотечі з виразки.
2. Патогенез гострої шлунково-кишкової кровотечі.
3. Класифікація шлунково-кишкових кровотеч.
4. Головні і додаткові симптоми кровоточивої виразки.
5. Фази клінічного перебігу кровоточивої виразки.
6. Диференційний діагноз кровоточивої виразки з легеневою кровотечею, атеросклеротичними, медикаментозними кровотечами, кровотечами при захворюваннях крові, при портальній гіпертензії, при пухлинах шлунка, при синдромі Мелорі-Вейса, при ерозивному гастриті, грижах стравохідного отвору діафрагми.
7. Допоміжні методи діагностики кровоточивої виразки.
8. Лікувальна тактика при шлунково-кишковій кровотечі.
9. Покази до консервативного лікування кровоточивої виразки.
10. Принципи консервативного лікування кровоточивої виразки.
11. Покази до оперативного лікування кровоточивої виразки.
12. Типи радикальних операцій.
13. Типи паліативних операцій.
14. Особливості ведення післяопераційного періоду після операцій з приводу кровоточивих виразок.
15. Експертиза непрацездатності і реабілітація хворих після операції з приводу кровоточивої виразки.
16. Фактори ризику проривної ВХШ і ДПК.
17. Патогенез проривної виразки.
18. Класифікація проривних гастродуоденальних виразок.
19. Фази клінічного перебігу проривної виразки.
20. Об'єктивні ознаки проривної гастродуоденальної виразки.

21. Диференційний діагноз проривної виразки з гострим апендицитом, гострим панкреатитом, гострим холециститом, гострою кишковою непрохідністю, тромбозом мезентеріальних судин, нирковою колікою, базальною плевропневмонією, інфарктом міокарда.
22. Особливості перебігу атипової і прикритої перфорації гастродуоденальних виразок.
23. Рентгенологічні ознаки перфорації.
24. Лапароцентез, лапароскопія і ендоскопія в діагностиці проривної виразки.
25. Лікувальна тактика при проривній виразці.
26. Метод Тейлора в лікуванні проривної виразки.
27. Покази і методи радикальних і паліативних операцій з приводу проривної виразки.
28. Особливості передопераційної підготовки і ведення післяопераційного періоду при оперативному лікуванні проривної виразки.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Хворий, 18 років, поступив через 2 години після виникнення “кинджальних” болів в епігастрії, що поширюються на весь живіт. За два тижні до поступлення відзначав печію, зниження апетиту, болі в животі натще і в нічний час. При огляді: живіт втягнутий, не бере участі в акті дихання. При пальпації визначається різка болючість по всьому животі, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Назвіть рентгенологічну ознаку, що підтверджує діагноз? Тактика лікування?

2. У хворого Л., 20 років, 2 години тому раптово з'явився “кинджальний” біль в епігастральній ділянці, а потім по всьому животу, сильніше справа. Раніше, протягом двох років турбували печія, болі натще, вночі. Стан середньої тяжкості. Хворий стогне. Живіт втягнутий, не бере участі в акті дихання. Пальпаторно різкий біль по всьому животу, розлите напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Печінкова тупість відсутня. Температура нормальна. Лейкоцитоз $8 \cdot 10^9$ /л. Для уточнення діагнозу проведена оглядова рентгенографія черевної порожнини – позитивний симптом Спіжарного.

Яке захворювання і ускладнення у хворого? Тактика лікування?

Об'єм оперативного втручання?

3. Хворий, 22 років, поступив через 4 години після виникнення раптового “кинджального” болю в епігастрії, що поширюються на весь живіт. За два тижні до поступлення відзначав печію, зниження апетиту, болі в животі натще і в нічний час. При огляді: живіт втягнутий, не бере участі в акті дихання. При пальпації визначається різка болючість по всьому животі,

позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Який найімовірніший діагноз?

Назвіть рентгенологічну ознаку, що підтверджує діагноз? Тактика лікування?

4. У хворого Л., 18 років, 2 години тому раптово з'явився “кинджальний” біль в епігастральній ділянці, а потім по всьому животу, сильніше справа. Раніше, протягом двох років турбували печія, болі натще, вночі. Стан середньої тяжкості. Хворий стогне. Живіт втягнутий, не бере участі в акті дихання. Пальпаторно різкий біль по всьому животу, розлите напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Печінкова тупість відсутня. Температура нормальна. Лейкоцитоз $8 \times 10^9/\text{л}$. Для уточнення діагнозу проведена оглядова рентгенографія черевної порожнини – позитивний симптом Спіжарного.

Яке захворювання і ускладнення у хворого? Тактика лікування?

Об'єм оперативного втручання?

5. У хворого 26 років, за 4 години до поступлення з'явилися нудота, головокружіння, загальна слабкість, блювання “кофейною гущею” та згустками крові. При огляді: стан важкий, колапс при спробі піднятися, шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом. Пульс – 120/хв., слабкого наповнення, АТ – 90/60 мм. рт. ст. При ургентній гастроскопії: на задній стінці цибулини дванадцятипалої кишки наявна виразка з кровоточивою судиною. Гемоглобін крові – 42 г/л.

Діагноз?

Показання і об'єм оперативного втручання?

6. У хворого З., 32 років, чотири години тому з'явилася різка слабкість, головокружіння, шум у вухах, блювання чорною кров'ю. Стан тяжкий, хворий блідий, вкритий холодним потом. АТ 90/60 мм.рт.ст. Пульс – 110/хв. Живіт м'який, не болючий. Перистальтика посилена. При гастроскопії шлунка знайдено згусток крові, на задній стінці 12-ти палої кишки виразкова “ніша” з кровоточивою судиною. Ан. крові: ер. – $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 90 г/л, гематокрит – 0,28.

Оцініть характер кровотечі. Тактика лікування?

7. Хворий, 40 років, три роки тому переніс резекцію шлунка за Гофмейстером-Фінстерером з приводу виразки дванадцятипалої кишки з пенетрацією в головку підшлункової залози. Протягом останнього року щоденно відзначаються болі в правому підребер'ї, які супроводжуються блюванням жовцю в об'ємі до 1 літра. Після блювання болі проходять. Неодноразово лікувався стаціонарно в хірургічному відділенні, проте

покращення не наступило. Хворий втратив у вазі 16 кг. При рентгенологічному обстеженні кукси шлунка відмічається попадання контрастної маси в привідну петлю.

Діагноз?

Тактика

хірурга?

8. Хворий, 45 років, три роки тому переніс резекцію 2/3 шлунка за Гофмейстером-Фінстерером з приводу стенозуючої виразки вихідного відділу шлунка. В даний час виражений демпінг-синдром тяжкого ступеня з прогресуючим схудненням, не зважаючи на багаторазове лікування в стаціонарі і на курортах за останні роки; психоневрологічні порушення виражені незначно. Блювання жовчю нема. При рентгенологічному обстеженні культі шлунка відмічається прискорена евакуація.

Тактика хірурга?

9. Хворий, 66 років, періодично відзначає незначні болі під ложечкою, відрижку квасним. Рік тому переніс операцію формування заднього гастроентероанастомозу за Петерсоном з двобічною стовбуровою ваготомією з приводу субкомпенсованого стенозу вихідного відділу шлунка виразкового генезу. Хворіє хронічною пневмонією, легеневою недостатністю II ст. Годину тому з'явилися різкі болі під ложечкою. При огляді виражена ригідність м'язів живота. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. При оглядовій рентгеноскопії і графії органів живота відзначається повітря під правим куполом діафрагми.

Діагноз?

Тактика

хірурга?

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Основні клінічні ознаки проривних виразок.
2. Фази клінічного перебігу проривних гастродуоденальних виразок.
3. Класифікацію проривних гастродуоденальних виразок.
4. Прикрити та атипичну перфорації, види, особливості клінічного перебігу.
5. Діагностичну програму при проривних виразках.
6. Диференціальну діагностику проривних виразок з гострою кишковою непрохідністю.
7. Паліативні операції при проривних виразках.
8. Диференціальну діагностику проривних виразок з гострим панкреатитом.
9. Радикальні операції при проривних виразках.
10. Консервативне лікування проривних виразок (метод Тейлора).
11. Класифікацію гастродуоденальних кровотеч (за Шалімовим, 1987).
12. Невідкладну діагностичну програму при гастродуоденальних

- кровоточивих виразках.
13. Диференціальну діагностику кровотеч із виразок і варикозно-розширених вен стравоходу.
 14. Консервативні засоби лікування при гастродуоденальних кровоточивих виразках.
 15. Паліативні операції при гастродуоденальних кровоточивих виразках.
 16. Радикальні операції при гастродуоденальних кровоточивих виразках.
 17. Геморагічний гастрит: тактику лікування.
 18. Синдром Маллорі-Вейса: тактику лікування.
 19. Тактику лікування при кровотечі з приводу раку шлунка.
 20. Хірургічну анатомію шлунка і дванадцятипалої кишки.
 21. Типи резекцій шлунка при виразковій хворобі.
 22. Типи дренажних операцій на шлунку при виразковій хворобі.
 23. Вибір методу хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.
 24. Види ваготомій та їх характеристики: показання, протипоказання до їх виконання.
 25. Шлунково-тонко-товстокишкову норицю: клінічну та рентгенологічну діагностику, методи оперативних втручань.
 26. Синдром Золінгера-Елісона: діагностику, лікування.
 27. Виявити основні клінічні ознаки виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.
 28. Клінічний діагноз виразки.
 29. Диференціальний діагноз виразки.
 30. Обґрунтувати показання до хірургічного лікування виразки.
 31. Основні клінічні ознаки та симптоми при різних клінічних формах ВХШ І ДПК.
 32. Об'єктивне дослідження зони епігастральної ділянки (шлунка і ДПК).
 33. Загальне об'єктивне обстеження органів черевної порожнини.
 34. Основні клінічні ознаки перфоративної та кровоточивої виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.
 35. Клінічний діагноз перфоративної та кровоточивої виразки.
 36. Диференціальний діагноз перфоративної та кровоточивої виразки.
- ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**
1. Методи обстеження хворих із захворюваннями шлунку та ДПК.
 2. Анатомо-топографічні та фізіологічні особливості шлунку та ДПК.
 3. Гострі ускладнення виразкової хвороби шлунка та ДПК. Етіологія, патогенез. Класифікація. Клініка, діагностика. Диференційна діагностика, хірургічна тактика. Лікування.

4. Показання та протипоказання до оперативного лікування. Особливості передопераційної підготовки. Методи операції.
5. Ускладнення до- та післяопераційного періоду у хворих, методи їх профілактики та лікування, особливості ведення післяопераційного періоду.
6. Ускладнення оперативних втручань на шлунку та ДПК. Клініка, діагностика, лікування та їх профілактика.
7. Принципи експертизи непрацездатності і реабілітації хворих оперованих. 8.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з патологією та виявити основні клінічні ознаки та симптоми захворювань.
2. Встановити причини і патогенетичні ланки розвитку у курованих хворих
3. Скласти план лабораторного та інструментального обстеження, трактувати результати обстежень, визначити попередній діагноз та тактику ведення хворого, провести комплексне обстеження разом з суміжними лікарями-спеціалістами.
4. Визначити покази і протипокази до оперативного втручання, правильно обрати передопераційну підготовку, вид знечулення, оперативний доступ та об'єм оперативного втручання.
5. Заповнити лист призначень хворому у післяопераційному періоді, проводити перев'язки.
6. Вести медичну документацію по курації хворих.
7. Інтерпретувати результати лабораторного та інструментального обстеження, які призначаються хворим.
8. Використовувати навчальну та наукову літературу для вирішення професійних завдань, підвищення рівня професійної підготовки.

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. В
3. А
4. А
5. С
6. Е
7. А
8. В
9. D
10. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. D
2. A
3. C
4. C
5. D
6. A

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред. Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021. 416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.
3. Основи внутрішньої медицини /Швед М.І., Пасечко Н.В., Боб А.О. та ін.; за ред. Шведа М.І. –Тернопіль, ТДМУ, «Укрмедкнига».-2013.-827с.

ТЕМА 3: ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ. ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ.

МЕТА. Засвоїти клініку, діагностику, диференційну діагностику різних клінічних форм ГКН. Навчитися визначати лікувальну тактику, показання та протипоказання до консервативного і оперативного лікування, вибір виду

знеболення і оперативного втручання, принципи ведення до- і післяопераційного періоду, проведення експертизи непрацездатності і реабілітації після операцій з приводу ГКН.

Професійна орієнтація студентів. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) складає до 3,5 % серед хворих хірургічних стаціонарів та до 10 % хворих із гострими захворюваннями органів черевної порожнини. Летальність при ГКН по різних даних коливається від 6 до 18- 20 %.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та

юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і

дискомфорт, які може відчутти пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.

6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічне відділення, рентгенологічне дослідження, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд, пальпація, перкусія живота, оглядова рентгенографія, ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з метою дифдіагностики, оглядова рентгенографія, УЗД органів черевної порожнини, пальцеве дослідження прямої кишки, аноскопія, ректороманоскопія, колоноскопія) чи лікувальних процедур (очисна клізма, сифонна клізма),
 - помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до обстеження чи лікувальних міроприємств.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити

пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. За умов завершення хірургічного лікування тієї чи іншої патології виведенням стоми інформувати стомованих пацієнтів про можливості подальшої реабілітації, покращення якості життя.
17. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострою кишковою непрохідністю;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика ГКН.
2. Класифікація ГКН.
3. Особливості перебігу ГКН у хворих молодого і старшого віку.
4. Етіологія, патогенез та клінічні прояви ГКН.
5. Діагностичні критерії ГКН (клінічні, лабораторні та інструментальні).

6. Основні методи лікування ГКН.
7. Покази до оперативного втручання синдрому ГКН. Вибір методу хірургічного лікування ГКН.
8. Протипокази до оперативного лікування ГКН.
9. Особливості передопераційної підготовки.
10. Ускладнення оперативних втручань на ГКН.
11. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з ГКН.
12. Трудова експертиза.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Гостру кишкову непрохідність за механізмом виникнення поділяють на:
 - A. Механічну та динамічну
 - B. Динамічну та паралітичну
 - C. Динамічну, спастичну та странгуляційну
 - D. Странгуляційну та спастичну
 - E. Механічну та паралітичну
2. Динамічну кишкову непрохідність поділяють на:
 - A. Спастичну, паралітичну
 - B. Странгуляційну, обтураційну, змішану
 - C. Странгуляційну, спастичну, паралітичну
 - D. Механічну та паралітичну
 - E. Механічну, спастичну, паралітичну
3. Вкажіть види механічної кишкової непрохідності:
 - A. Странгуляційну, обтураційну, змішану
 - B. Механічну, спастичну, паралітичну
 - C. Странгуляційну, спастичну, паралітичну
 - D. Спастичну, паралітичну
 - E. Механічну та паралітичну
4. Види кишкової непрохідності за рівнем непрохідності:
 - A. Тонкокишкова, товстокишкова
 - B. Шлункова, дуоденальна, сліпокишкова
 - C. Висока, низька, середня
 - D. Довга, коротка
 - E. Висока, тонкокишкова, товстокишкова

5. До якого виду гострої кишкової непрохідності відносять вузлоутворення ?:

- A. Странгуляційна
- B. Паралітична
- C. Заворот
- D. Динамічна
- E. Змішана

Ситуаційні задачі:

1. Чоловік, 72 років, звернувся до лікаря зі скаргами на різкий переймоподібний біль у лівій половині живота, нудоту, затримку випорожнень та газів. Хворіє 6 год. Операцій йому не робили. Упродовж останніх 20 років були закрепи. Домішків слизу та крові в калі не виявлено, хворий не схуд. Пульс – 84 за 1 хв. Язик помірно вологий. Живіт різко здутий з асиметрією за рахунок збільшення лівої половини. Визначається шум плеску. Перистальтичні шуми періодично посилюються. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини – чаші Клойбера в лівій половині живота з роздутою петлею товстої кишки над ними. Ректально – симптом Обухівської лікарні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Заворот сигмоподібної кишки.
- B. Обтураційна кишкова непрохідність (пухлинного генезу).
- C. Тромбоз мезентеріальних судин.
- D. Неспецифічний виразковий коліт.
- E. Спайкова непрохідність кишечника.

2. Дитина, 5 місяців, після вживання морквяного пюре стала неспокійною. З'явилось багаторазове блювання. Стан – середньої тяжкості. Живіт не здутий, м'який. При ректальному дослідженні – слиз з вкрапленнями крові. Про яке захворювання треба подумати перш за все?

- A. Кишкову інфекцію.
- B. Кишкову інвагінацію.
- C. Диспепсію.
- D. Шлунково-кишкова кровотечу.
- E. Поліпоз кишечника.

3. При оглядовій рентгеноскопії і наступній рентгенографії черевної порожнини у хворого визначається декілька ділянок просвітлення напівсферичної форми, розміщених над чіткими горизонтальними рівнями. Чим обумовлена така рентгенологічна картина?

- A. Кишковою непрохідністю.
- B. Перфоративною виразкою.
- C. Метеоризмом.
- D. Раком товстої кишки.
- E. Хворобою Прайса.

4. Хворого, 67 років, доставлено в хірургічне відділення з явищами гострої кишкової непрохідності. Випорожнень не було впродовж 7 днів. Після сифонної клізми відійшла велика кількість калу і газів. Якою повинна бути подальша тактика лікаря?

- A. Відправити додому.
- B. Терміново оперувати.
- C. Залишити для стаціонарного обстеження.
- D. Призначити проносні засоби.
- E. Залишити під спостереженням.

5. Хворий скаржиться на переймистий біль у верхній половині живота, нудоту, блювання. Язик вологий. Живіт м'який, помірно болючий в епігастрії. Визначається розтягнена, відмежована петля кишки, яка перистальтує при пальпації. При перкусії - тимпанічний звук з металевим відтінком. На рентгенограмі живота - чаші Клойбера. Який попередній діагноз:

- A. Гостра кишкова непрохідність
- B. Гострий панкреатит
- C. Харчова токсикоінфекція
- D. Гострий холецистит
- E. Гострий гастроентероколіт

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Анатомічні, топографічні, фізіологічні особливості тонкої і товстої кишки.
2. Фізіологію і патофізіологію водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги.
3. Класифікація ГКН. Причини і види obturaciyної ГКН.
4. Клініка, діагностика, диференційна діагностика obturaciyної ГКН.
5. Диференційна діагностика obturaciyної і strangulaciyної ГКН.
6. Методи верифікації діагнозу obturaciyної ГКН.
7. Класифікація strangulaciyної ГКН.
8. Фази клінічного перебігу strangulaciyної ГКН. Особливості етіопатогенезу strangulaciyної ГКН.

9. Клініка, діагностика, диференційна діагностика різних видів странгуляційної ГКН.
10. Диференційний діагноз странгуляційної і обтураційної ГКН.
11. Сучасні методи верифікації діагнозу (оглядова рентгенограма, УЗД, лапароскопія, рентгенологічні методи).
12. Лікувальна тактика, особливості передопераційної підготовки, вибір об'єму і методу оперативних втручань при странгуляційній кишковій непрохідності.
13. Особливості ведення післяопераційного періоду, корекції водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги після операцій з приводу ГКН.
14. Експертиза непрацездатності та реабілітація хворих після операцій з приводу різних форм ГКН.
15. Класифікація динамічної ГКН.
16. Клінічна характеристика, діагностика, диференціальна діагностика різних форм динамічної спастичної ГКН.
17. Методи лікування хворих на спастичну ГКН.
18. Причини паралітичної кишкової непрохідності.
19. Класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика різних клінічних форм паралітичної кишкової непрохідності.
20. Лікувальна тактика і вибір методу лікування паралітичної кишкової непрохідності в залежності від клінічного варіанту.
21. Методи стимуляції моторної функції кишечника.
22. Клінічні особливості товстокишкової непрохідності залежно від локалізації пухлини в різних відділах ободової кишки.
23. Клініка, діагностика, диференційна діагностика кишкової непрохідності на ґрунті пухлини сліпої кишки.
24. Клініка, діагностика, диференційна діагностика кишкової непрохідності на ґрунті пухлини правої половини товстої кишки.
25. Клініка, діагностика, диференційна діагностика кишкової непрохідності на ґрунті пухлини лівої половини товстої кишки.
26. Операція Гартмана, тактика виконання, показання, недоліки проведення.
27. Артеріомезентеріальна непрохідність, клінічна характеристика, діагностика, тактика лікування.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Анатомо-фізіологічні особливості різних відділів кишечника.
2. Топографію органів черевної порожнини.
3. Етіопатогенез гострої кишкової непрохідності. Класифікацію ГКН.

4. Фази клінічного перебігу гострої механічної кишкової непрохідності.
5. Причини, клініку, діагностику, диференційну діагностику обтураційної кишкової непрохідності.
6. Види, клініку, діагностику, диференційну діагностику странгуляційної кишкової непрохідності.
7. Методи верифікації діагнозу гостра механічна кишкова непрохідність.
8. Особливості порушень водно-електролітної рівноваги при ГКН.
9. Лікувальну тактику при гострій кишковій непрохідності.
10. Вибір методів консервативного і оперативного лікування хворих на механічну ГКН.
11. Особливості передопераційної підготовки і принципи оперативного лікування хворих на механічну ГКН.
12. Принципи корекції порушень водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги і енергетичного балансу у хворих на ГКН.
13. Експертизу непрацездатності і реабілітації хворих після операцій з приводу ГКН.
14. Причини, клініку, діагностику, диференційну діагностику паралітичної ГКН.
15. Причини, клініку, діагностику, диференційну діагностику спастичної ГКН.
16. Принципи консервативного лікування хворих на динамічну ГКН.
17. Методи стимуляції моторно-евакуаторної функції кишечника.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати анамнез у хворого з підозрою на ГКН.
2. Виявити основні клінічні ознаки та симптоми при різних клінічних формах обтураційної ГКН.
3. Виявити основні клінічні ознаки та симптоми при різних клінічних формах странгуляційної ГКН.
4. Виявити основні клінічні ознаки та симптоми при різних клінічних формах динамічної ГКН.
5. Визначати вільну і обмежену рідину в черевній порожнині, шум

плескоту, характеристику порушень перистальтики.

6. Аргументувати і формулювати попередній діагноз.

7. Скласти план обстеження хворого і трактувати результати обстежень (загальний аналіз крові, заг.аналіз сечі, рентгенологічні обстеження шлунково-кишкового тракту: оглядова рентгенограма, пасаж барію, іригографія; УЗД, біохімічне дослідження крові.

8. Визначити покази і протипокази до оперативного втручання, правильно обрати передопераційну підготовку, вид знечулення, оперативний доступ і вид втручання в залежності від клінічної форми механічної ГКН.

9. Визначити принципи консервативного лікування динамічної ГКН.

Еталони відповідей на тести:

1. А;
2. А;
3. А;
4. А;
5. А.

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. А;
2. В;
3. А;
4. С;
5. А.

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М.Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. —

2023. — 558 с.

5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

ТЕМА 4. Гострий перитоніт. Клінічна картина, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування. Відмежований перитоніт. Окремі клінічні форми перитоніту

Мета: засвоїти клініку, діагностику, диференційну діагностику різних клінічних форм перитоніту. Навчитися визначати лікувальну тактику, показання та протипоказання до консервативного і оперативного лікування, вибір виду знеболення і оперативного втручання, принципи ведення до- і післяопераційного періоду, проведення експертизи непрацездатності і реабілітації після операцій з приводу поширеного і відмежованого перитоніту .

Професійна орієнтація студентів: Перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у 20-30 % випадків ускладнюється розвитком перитоніту. Летальність при поширених формах перитоніту досягає 25-50 %. Зменшення летальності від перитоніту залежить від якісної ранньої діагностики та своєчасного комплексного лікування.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної

діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, рентгенкабінет, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд патологічно зміненої ділянки, пальпація, перкусія та аускультация живота, пальцеве дослідження прямої кишки для визначення патогномонічних симптомів, ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з метою дифдіагностики, УЗД органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія живота, при потребі - колоноскопія) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. За умов завершення хірургічного лікування тієї чи іншої патології виведенням стоми інформувати стомованих пацієнтів про можливості подальшої реабілітації, покращення якості життя.
17. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострим перитонітом;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика.
2. Особливості перебігу гострого перитоніту у хворих молодого і старшого віку.
3. Етіологія, патогенез та клінічні прояви.
4. Діагностичні критерії (клінічні, лабораторні та інструментальні).
5. Основні методи лікування.
6. Покази до оперативного втручання. Вибір методу хірургічного лікування.
7. Протипокази до оперативного лікування.
8. Особливості передопераційної підготовки.
9. Ускладнення оперативних втручань.
10. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій.
11. Трудова експертиза.

Тестові завдання та ситуаційні

задачі:

1. Чоловік, 38 років, страждає від стенокардії. Захворів раптово після фізичного напруження. З'явився біль інтенсивного характеру в епігастральній ділянці, який з часом розповсюдився в праву половину живота. блювання не було. Язик сухий. Живіт в акті дихання участі не бере,

різко болючий і напружений. Симптом Щоткіна-Блумберга позитивний, перистальтичні шуми не вислуховуються. Ректально – нависання і болючість передньої стінки прямої кишки. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини вільного газу не виявлено. Який діагноз найбільш вірогідний ?

- A. Гастралгічна форма інфаркту міокарда.
- B. Перитоніт.
- C. Гострий панкреатит.
- D. Гострий холецистит.
- E. Перитоніт апендикулярного походження.

2. Чоловіка, 32 років, доставлено в лікарню на 3-тю добу від початку захворювання у дуже тяжкому стані. Він адинамічний, майже не розмовляє. Йому характерне обличчя Гіппократа. Температура тіла – 39,2 0C, пульс – 136 за 1 хв, слабкого напруження, артеріальний тиск – 80/40 мм рт. ст. Дихання поверхневе, до 36 за 1 хв. Язик сухий, обкладнений. Живіт рівномірно здутий, при пальпації помірно болючий на всьому протязі. Симптом Щоткіна – Блумберга не маніфестний, печінкова тупість відсутня. У черевній порожнині, у відлогих місцях, визначається рідина. Перистальтика не прослуховується. Крізь зяючий сфінктер відходить рідкий смердючий кал. Що пояснює стан чоловіка і клінічний перебіг його захворювання?

- A. Перфоративний розповсюджений перитоніт.
- B. Гостра печінково-ниркова недостатність.
- C. Мезентеріотромбоз.
- D. Гіповолемічний шок.
- E. Гостра токсична дилатація ободової кишки.

3. Хворого, 28 років, госпіталізовано після ДТП із закритою травмою живота. Відзначає біль у верхніх відділах живота з іррадіацією в ліву надключичну ділянку. Об'єктивно: блідий, артеріальний тиск 90/50 мм рт.ст., пульс – 116 ударів за 1 хв, притуплення перкуторного звуку у відлогих відділах живота, слабкопозитивний симптом Щоткіна-Блумберга, позитивний симптом

"ваньки-встаньки". Яке внутрішньочеревне ускладнення виникло у хворого?

- A. Розрив кишечника.
- B. Розрив селезінки.
- C. Розрив шлунка.
- D. Розрив сечового міхура.
- E. Заочеревинна гематома.

4. Юнака, 18 років, доставлено в хірургічне відділення через 1,5 години після того, як під час тренування зі східної боротьби отримав удар ногою у живіт. Загальний стан постраждалого тяжкий, шкіра бліда, на лобі холодний піт. Положення вимушене – на спині, з приведеними кінцівками. Пульс – 110 за 1 хв, слабкий, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст. Живіт втягнутий до центру, участі у диханні не бере. Нижче пупка справа – свіже садно. При пальпації визначаються дошкоподібне напруження м'язів черевної стінки, біль на всьому протязі. Печінкова тупість збережена. Сечовипускання вільне. Аналіз крові: гемоглобін – 140 г/л, лейкоцитоз -12,8x10⁹/л. Яке пошкодження найбільш вірогідне у даному випадку?

- A. Розрив сечового міхура.
- B. Забій передньої черевної стінки.
- C. Розрив печінки.
- D. Розрив селезінки.
- E. Розрив одного з органів шлунково-кишкового тракту.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Анатомічні, топографічні, фізіологічні особливості очеревини.
2. Фізіологію і патофізіологію водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги.
3. Принципи корекції порушень водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги.
4. Загальні принципи ведення післяопераційного періоду, стимуляції моторної функції кишечника.
5. Провести загальне об'єктивне обстеження органів черевної порожнини.
6. Виконати шлункову декомпресію.
7. Визначити наявність вільної і обмеженої рідини в черевній порожнині.
8. Виписати рецепт на спазмолітик, антибіотик, знеболюючий медикамент.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Анатомо-фізіологічні особливості очеревини.
2. Топографію черевної порожнини.

3. Визначення поняття перитоніт. Етіопатогенез гострого перитоніту.
4. Класифікацію перитоніту.
5. Клініку, діагностику, диференційну діагностику гострого поширеного гнійного перитоніту в залежності від причин і стадій клінічного перебігу.
6. Клініку, діагностику, диференційну діагностику відмежованого перитоніту (інфільтрат, абсцес черевної порожнини).
7. Диференційна діагностика гострого поширеного гнійного перитоніту.
8. Порушення водно-електролітної та кислотно-лужної рівноваги при гострому поширеному гнійному перитоніті.
9. Методи верифікації діагнозу гострий поширений гнійний перитоніт
10. Діагностику і лікувальну тактику при туберкульозному перитоніті.
11. Особливості перебігу і диференційну діагностику псевдоперитоніту (при цукровому діабеті, хворобі Шейнлайн-Гейноха, уремії).
12. Особливості передопераційної підготовки хворих з поширеним перитонітом.
13. Принципи оперативного лікування хворих на різні клінічні варіанти перитоніту. Лікувальна тактика при перитоніті.
14. Особливості ведення післяопераційного періоду у хворих на перитоніт.
15. Експертиза непрацездатності і реабілітація хворих після операцій з приводу різних клінічних форм перитоніту.
16. Експертиза непрацездатності і реабілітації хворих після операцій з приводу гострого поширеного гнійного перитоніту.
17. Відмежований перитоніт
18. Визначення поняття відмежований перитоніт
19. Класифікація перитонітів (по локалізації, фазі клінічного перебігу).
20. Піддіафрагмальний абсцес. Класифікація. Клініка, діагностика, диференційна діагностика піддіафрагмального абсцесу.
21. Клінічні ознаки, діагностика, диференційна діагностика абсцесу дугласового простору.
22. Особливості клініки, діагностики, диференційної діагностики міжкишкових абсцесів.
23. Сучасні методи верифікації діагнозу відмежованого перитоніту (оглядова рентгенограма, УЗД, лапароскопія, рентгенологічні методи).
24. Лікувальна тактика при відмежованому перитоніті.
25. Вибір об'єму і методу консервативного і оперативного лікування при різних клінічних формах відмежованого перитоніту.
26. Експертиза непрацездатності та реабілітація хворих після операцій з приводу відмежованого перитоніту.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати анамнез у хворого з гострим перитонітом. Встановити причини і патогенетичні ланки розвитку захворювання у курованих хворих.

2. Провести загально клінічне обстеження пацієнтів з гострим животом.
3. Визначити основні клінічні ознаки і симптоми при різних формах гострого перитоніту
4. Виділити основні клінічні ознаки гострого перитоніту.
5. Інтерпретувати результати лабораторного та інструментального обстеження, які призначаються хворим з гострим перитонітом
6. Аргументувати і формулювати клінічний діагноз.
7. Визначити покази і протипокази до оперативного втручання, правильно вибрати передопераційну підготовку, вид знеболювання, оперативний доступ і обсяг оперативного втручання в залежності від форми перитоніту.
8. Вести хворих у післяопераційному періоді, проводити перев'язки, заповнити листок призначень.
9. Вести медичну документацію по веденню пацієнта.
10. Використовувати навчальну і наукову літературу для рішення професійних завдань, підвищення рівня професійної підготовки.

Еталони відповідей на тести:

1. E
2. A
3. B
4. D

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред. Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021. 416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В.
2. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
3. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

ТЕМА 5. ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ. УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ. ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ, ЗАХВОРЮВАННЯ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ, ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ. ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ПЕЧІНКИ.

МЕТА. Вміти діагностувати, знати клінічні особливості перебігу та лікування гострого холециститу залежно від ступеня тяжкості процесу, принципи і методи їх консервативного та оперативного лікування, знати клініку цирозу печінки та портальної гіпертензії та їх ускладнень, захворювань позапечінкових жовчних протоків, ПХЕС. залежно від клінічних варіантів перебігу. Принципи консервативного і хірургічного лікування вказаних захворювань.

Професійна орієнтація студентів. Гострий холецистит за частотою займає друге місце після гострого апендициту і складає, відповідно, близько 15 % і 7–12 % всіх захворювань органів черевної порожнини. Впродовж останніх років, не зважаючи на вдосконалення хірургічної техніки, покращення діагностичних можливостей (УЗД), впровадження лапароскопічних, ендоскопічних хірургічних технологій, післяопераційна летальність складає від 7,2 % до 11,4 % при гострому холециститі і 7 % при гострому панкреатиті, а при деструктивних формах його – близько 43 %.

Прогресування цирозу печінки призводить до небезпечних ускладнень. Консервативне лікування останніх не завжди ефективне. Знання принципів хірургічного лікування дає змогу скорегувати лікування хворого, що врятує йому життя.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під

- контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).
- ПРН 7.** Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).
- ПРН 8.** Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.
- ПРН 9.** Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.
- ПРН 10.** Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.
- ПРН 14.** Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.
- ПРН 17.** Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм
- ПРН 21.** Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас

- довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
 4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
 5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
 6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
 7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд, пальпація органів шії, УЗД – щитоподібної залози із доплерографією, відеоларингоскопія) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
 8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
 9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
 10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у кураного хворого.
 12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
 15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого

одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострим холециститом;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика гострого холецистити.
2. Особливості перебігу гострого холецистити у хворих молодого і старшого віку.
3. Етіологія, патогенез та клінічні прояви гострого холецистити.
4. Диференційна діагностика гострого холецистити.
5. Діагностичні критерії гострого холецистити (клінічні, лабораторні та інструментальні).
6. Ускладнення гострого холецистити.
7. Основні методи лікування гострого холецистити.
8. Покази до оперативного втручання гострого холецистити. Вибір методу хірургічного лікування гострого холецистити.
9. Протипокази до оперативного лікування гострого холецистити.
10. Особливості передопераційної підготовки.
11. Ускладнення оперативних втручань на жовчному міхурі.
12. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з гострим холециститом.
13. Хірургічні аспекти кровообігу печінки.

14. Етіологічні фактори розвитку цирозу печінки.
15. Синдроми цирозу печінки.
16. Клінічну класифікацію цирозу печінки (Гаванська, 1958 р.).
17. Клінічні стадії перебігу цирозів.
18. Класифікацію портальної гіпертензії.
19. Методи обстеження хворих з портальною гіпертензією.
20. Природні портокавальні анастомози (за В.Н.Тонковим).
21. Ускладнення портокавальних анастомозів.
22. Показання до хірургічного лікування портальної гіпертензії.
23. Паліативні методи лікування портальної гіпертензії.
24. Радикальні методи лікування портальної гіпертензії.
25. Методи хірургічного лікування асцитичного синдрому при цирозі печінки.
26. Способи розвантаження портальної системи.
27. Способи боротьби з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу.
28. Класифікацію ПХЕС за Шалімовим.
29. Типи зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки.
30. Типи внутрішнього дренивання загальної жовчної протоки.
31. ПХЕС, обумовлений змінами, некорегованими при холецистектомії.
32. ПХЕС, що виник в результаті операції холецистектомії.
33. ПХЕС: захворювання гепатобіліарної системи, не ліквідовані холецистектомією.
34. ПХЕС: органічні та функціональні захворювання органів та систем, не пов'язані з холецистектомією.
35. ПХЕС: нервово-кінетичні порушення проток та 12-ти паллої кишки.
36. Рубцеві стриктури жовчевивідних шляхів. Типи операцій.
37. Диференціальну діагностику механічної жовтяниці.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Хворий К., 53 років, поступив у клініку із скаргами на оперізуючий біль у верхній половині живота, нудоту, багаторазове блювання, підвищену температуру тіла. Язик сухий. Живіт здутий, при пальпації м'який, болючий в проекції підшлункової залози. Перистальтика ослаблена. Позитивні симптоми Керте, Воскресенського, Мейо-Робсона, Чухрієнка. Амілаза сечі 1024. Лейкоцитоз – $9 \cdot 10^9$ г/л. Проводилась консервативна терапія. На 15-й день знову підвищилась температура до $38,5 \cdot C$. В епігастрії та лівому підбер'ї став пальпуватися щільний інфільтрат. Незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, інфільтрат не зменшувався, температура прийняла гектичний характер, лейкоцитоз збільшився до $18 \cdot 10^9$ г/л.

Про яке захворювання треба думати? Лікувальна тактика? Яке ускладнення розвинулось?

2. У хворого, 56 років, який протягом 5 років терпить на приступоподібні болі в правому підребер'ї, черговий приступ болю супроводжувався блюванням, підвищенням температури до $38,5^{\circ}\text{C}$, напруженням м'язів в правому підребер'ї, незначною іктеричністю склер. Позитивний симптом Ортнера, Щоткіна-Блюмберга. Консервативна терапія, проведена протягом 3-х діб, неефективна. Лейкоцити крові $18,0 \cdot 10^9/\text{л}$.

Діагноз?

Тактика?

3. Хворий, 53 років, поступив зі скаргами на різкі болі в епігастрії оперізуючого характеру, багаторазове блювання. Зловживав алкоголем. При огляді: живіт м'який, симптоми подразнення очеревини негативні, болючість в епігастральній ділянці. Діастаза сечі 1096. Проведена протягом доби консервативна терапія покращення не дала, стан хворого погіршився, пульс до 120/хв., АТ – знизився до 70/40 мм рт.ст. З'явилися симптоми подразнення очеревини. Діастаза сечі знизилася до 8 од.

Діагноз?

Лікування?

4. Хвора Н., 45 років, скаржиться на інтенсивний біль, який виник раптово. Біль спочатку мав переймоподібний, а потім – постійний характер, локалізувався в правому підребер'ї з іррадіацією в праве надпліччя, нудоту, блювання жовччю. Захворювання пов'язує з вживанням жирної їжі. Хвора підвищеного живлення. Язик сухий, обкладений. Живіт м'який, дещо ригідний, болючий в епігастрії і правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Мерфі. Температура нормальна. Пульс – 80/хв. АТ 120/80 мм.рт.ст.

Про яке захворювання слід

думати? Які дослідження

підтвердять діагноз?

Лікувальна тактика?

5. Хворий К., 53 років, поступив у клініку із скаргами на оперізуючий біль у верхній половині живота, нудоту, багаторазове блювання, підвищену температуру тіла. Язик сухий. Живіт здутий, при пальпації м'який, болючий в проекції підшлункової залози. Перистальтика ослаблена. Позитивні симптоми Кертє, Воскресенського, Мейо-Робсона, Чухрієнка. Амілаза сечі 1024. Лейкоцитоз – $9 \cdot 10^9$ г/л. Проводилась консервативна терапія. На 15-й день знову підвищилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$. В епігастрії та лівому підребер'ї став пальпуватися щільний інфільтрат. Незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, інфільтрат не зменшувався, температура прийняла гектичний характер, лейкоцитоз збільшився до $18 \cdot 10^9$ г/л.

Про яке захворювання треба

думати? Лікувальна тактика?

Яке ускладнення розвинулось?

6. Хворий, 51 рік, протягом довгого часу зловживав алкогольними напоями. Страждає цирозом печінки. За останні місяці періодично відмічає появу чорного стільця. Один раз було блювання кров'ю. При рентгенологічному і ендоскопічному дослідженнях констатовано наявність варикозно розширених вен стравоходу. Неодноразово лікувався у гастроентерологічному відділенні, приймав сирепар, есенціале, вливання альбуміну, амінокапронової кислоти, вікасол, полівітаміни. Після проведеного лікування кровотеча зупинялася. Після чергового зловживання алкогольними напоями знову з'явилася кровотеча. Показники загального аналізу крові вказують на незначну анемію. Білірубін крові в межах норми. Печінка незначно зменшена в розмірах. Асцити нема.

Тактика лікування?

7. Хворий, 38 років, в юнацькому віці переніс вірусний гепатит важкої форми. В процесі лікування застосовувалася гормонотерапія. Дотримується дієти, алкогольними напоями не зловживає. Протягом останнього року періодично відмічає болі тупого характеру в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під реберного краю на 2–3 см. Білірубін крові періодично підвищується до 28–32 мкмоль/л.

Попередній діагноз?

Подальша тактика?

8. Хворий, 54 років, страждає частими приступами хронічного рецидивуючого панкреатиту. При внутрішньовенній холангіографії виявлено три конкременти у дистальному відділі холедоха. Загальний білірубін крові 260 мкмоль/л. Діастаза сечі не підвищена. Під час операції підшлункова залоза різко ущільнена. Шляхом супрадуоденальної холедохотомії вдалося усунути тільки 1 камінь; буж в дванадцятипалу кишку не проходить.

Лікарська тактика?

9. Під час операції з приводу раку шлунка злоякісного процесу не знайдено. Виявлено кісту тіла підшлункової залози розміром 15×15 см, яка інтимно спаяна із задньою стінкою тіла шлунка, коренем мезоколон та брижею тонкої кишки.

Дії хірурга?

10 У хворого 48 років, який переніс холецистектомію три роки тому, з'явилися приступоподібні болі в животі, що супроводжуються підвищенням температури тіла до 38°C, іктеричністю склер і видимих

слизових. Загальний білірубін 128,0 мкмоль/л, лейкоцити крові $15,0 \times 10^9$ /л, п – 16 %.

Які методи дослідження потрібно зробити? Діагноз?
Тактика лікування?

11. Хвора 35 років, місяць тому перенесла холецистектомію. Турбують болі оперізуючого характеру в животі, нудота, блювання, іктеричність склер і видимих слизових. Загальний білірубін – 60,0 мкмоль/л. При пальпації – болючість в мезогастральній ділянці зліва. Симптоми подразнення очеревини відсутні.

Діагноз?
Тактика лікування?

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Які клінічні симптоми водянки жовчного міхура?
2. Які Ви знаєте ускладнення гострого холециститу?
3. Які клінічні ознаки холангіту?
4. Які клінічні ознаки емпієми жовчного міхура?
5. Константи біохмічного аналізу крові (білірубін, печінкові проби, цукор, сечовина, креатинін).
6. З яким захворюванням Ви будете проводити диференціальний діагноз?
7. Які клінічні симптоми холедохолітазу?
8. Яку тактику оберете в лікуванні хворого з гострим холециститом?
9. Які доступи використовуються при виконанні холецистектомії?
10. Які Ви знаєте типи холецистектомій?
11. Уміти виявити основні клінічні ознаки гострого холециститу.
12. Стадійність перебігу печінкової кольки
13. Класифікація гострого холециститу (катаральний, флегмонозний, гангренозний); панкреатиту (набрякова форма, жировий панкреонекроз, геморагічний панкреонекроз).
14. Принципи консервативної терапії гострого холециститу.
15. Покази до операції і типи оперативних втручань при гострому холециститі.
16. Уміти виявити основні симптоми цирозу печінки та портальної гіпертензії (спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, шлунка, гемороїдальних вен, вен передньої черевної стінки, асцит, анатомічний взаємозв'язок портальної і кавальної систем, вимірювання тиску в системі ворітної вени).
17. Формулювання клінічного діагнозу.
18. Провести диференціальний діагноз ускладнень (знати клініку кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та інших гастроудоденальних кровотеч на ґрунті виразки шлунка, геморагічного гастриту, раку шлунка та ін.).
19. Призначення медикаментозного лікування (дієта, гепатопротектори,

- сорбенти, седативні і антисептичні засоби, гормонотерапія, антимікробні засоби).
20. Визначення показів до хірургічного лікування.
 21. Основні симптоми захворювань позапечінкових жовчних протоків.
 22. Сформулювати клінічний діагноз.
 23. Методи діагностики (клінічний, лабораторний, функціональний, рентгенологічний, ендоскопічний).
 24. Принципи консервативного лікування, показання до оперативного втручання (дієта, протизапальні засоби, інгібітори протеаз, імунодепресивні, седативні, антиспастичні середники).
 25. Основні симптоми пхес.
 26. Принципи консервативного лікування, показання до оперативного втручання (дієта, протизапальні засоби, інгібітори протеаз, імунодепресивні, седативні, антиспастичні середники).

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Класифікацію гострого холециститу.
2. Основні симптоми гострого холециститу.
3. Діагностику і лікування гострого холециститу.
4. Диференціальну діагностику гострого холециститу з гострим апендицитом.
5. Диференціальну діагностику гострого холециститу з гострим панкреатитом.
6. Диференціальну діагностику гострого холециститу з проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки.
7. Типи холецистектомій і основні етапи операції.
8. Тактику лікування водянки жовчного міхура.
9. Методи інтраопераційної ревізії жовчних шляхів.
10. Типи зовнішнього дренивання жовчних шляхів.
11. Ускладнення гострого холециститу.
12. Холедохолітаз: клініку, лікування.
13. Холангіт: діагностику, лікування.
14. Типи внутрішнього дренивання холедоха.
15. Хірургічні аспекти кровообігу печінки.
16. Етіологічні фактори розвитку цирозу печінки.
17. Симптоми цирозу печінки.
18. Клінічну класифікацію цирозу печінки (Гаванська, 1958 р.).
19. Клінічні стадії перебігу цирозів.
20. Класифікацію портальної гіпертензії.
21. Методи обстеження хворих з портальною гіпертензією.
22. Природні портокавальні анастомози (за В.Н.Тонковим).
23. Ускладнення портокавальних анастомозів.
24. Показання до хірургічного лікування портальної гіпертензії.
25. Паліативні методи лікування портальної гіпертензії.
26. Радикальні методи лікування портальної гіпертензії.

27. Методи хірургічного лікування асцитичного синдрому при цирозі печінки.
28. Способи розвантаження портальної системи.
29. Способи боротьби з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу.
30. Класифікацію ПХЕС за Шалімовим.
31. Типи зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки.
32. Типи внутрішнього дренивання загальної жовчної протоки.
33. ПХЕС, обумовлений змінами, некорегованими при холецистектомії.
34. ПХЕС, що виник в результаті операції холецистектомії.
35. ПХЕС: захворювання гепатобіліарної системи, не ліквідовані холецистектомією.
36. ПХЕС: органічні та функціональні захворювання органів та систем, не пов'язані з холецистектомією.
37. ПХЕС: нервово-кінетичні порушення проток та 12-ти палої кишки.
38. Рубцеві стриктури жовчевивідних шляхів. Типи операцій.
39. Диференціальну діагностику механічної жовтяниці.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Виявити головні варіанти перебігу гострого холециститу
2. Провести диференціальний діагноз
3. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз
4. Обґрунтувати медикаментозне лікування і показання до оперативного втручання
5. Виявити основні клінічні ознаки цирозу печінки і портальної гіпертензії, захворювань позапечінкових жовчних протоків, ПХЕС
6. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
7. Провести диференціальний діагноз цирозу печінки і портальної гіпертензії, захворювань позапечінкових жовчних протоків, ПХЕС
8. Обґрунтувати медикаментозне лікування, показання і протипоказання до хірургічного лікування цирозу печінки і портальної гіпертензії, захворювань позапечінкових жовчних протоків, ПХЕС.

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред. Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021. 416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.

5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В.

ТЕМА 6. ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ. ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ. УСКЛАДНЕННЯ ПАНКРЕАТИТУ. ПОКАЗАННЯ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ДО ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ. ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЛЕЗІНКИ.

МЕТА. Вміти діагностувати, знати клінічні особливості перебігу та лікування гострого панкреатиту залежно від ступеня тяжкості процесу, принципи і методи їх консервативного та оперативного лікування. Знати клініку хронічного панкреатиту, кіст і раку підшлункової залози залежно від клінічних варіантів перебігу. Діагностувати, знати клініку захворювання селезінки, принципи консервативного і хірургічного лікування вказаних захворювань. Знати покази та обґрунтування до трансплантації підшлункової залози. Наслідки хронічних панкреатитів, рак підшлункової залози досить важко піддаються лікуванню. Своєчасне діагностування цих захворювань і адекватне оперативне втручання веде до одужання або значного полегшення стану хворого.

Професійна орієнтація студентів. Гострий панкреатит займає третє місце після гострого апендициту і складає, відповідно, близько 15 % і 7–12 % всіх захворювань органів черевної порожнини. Впродовж останніх років, не зважаючи на вдосконалення хірургічної техніки, покращення діагностичних можливостей (УЗД), впровадження лапароскопічних, ендоскопічних хірургічних технологій, післяопераційна летальність складає від 7 % при гострому панкреатиті, а при деструктивних формах його – близько 43 %.

Наслідки хронічних панкреатитів, рак підшлункової залози досить важко піддаються лікуванню. Своєчасне діагностування цих захворювань і адекватне оперативне втручання веде до одужання або значного полегшення стану хворого.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

- ЗК 2.**Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- ЗК 3.**Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК 4.**Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.
- ЗК 5.** Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- ЗК 6.** Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- ЗК 7.** Здатність працювати в команді.
- ЗК 8.** Здатність до міжособистісної взаємодії.
- ЗК 9.** Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.
- ЗК 10.**Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.
- ЗК 11.**Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

- ФК 1.** Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- ФК 2.** Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
- ФК 3.** Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
- ФК 4.** Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.
- ФК 5.** Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.
- ФК 6.** Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.
- ФК 7.** Здатність до діагностування невідкладних станів.
- ФК 8.** Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
- ФК 10.** Здатність до виконання медичних маніпуляцій.
- ФК 16.** Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.
- ФК 24.** Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

- ПРН 1.** Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.
- ПРН 2.** Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.
- ПРН 3.** Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та

юридичних норм

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд, пальпація органів ший, УЗД – щитоподібної залози із доплерографією, відеоларингоскопія) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати

доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у куrowаного хворого.

12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та зайого згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострим панкреатитом;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдрому.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Класифікація гострого панкреатиту.
2. Етіологія та патогенез гострого панкреатиту.
3. Форми гострого панкреатиту
4. Клінічні синдроми гострого панкреатиту.
5. Періоди перебігу гострого панкреатиту (за Савельєвим В.С., 1986).
6. Ускладнення гострого панкреатиту.
7. Клініко-діагностичну програму при гострому панкреатиті.
8. Методи консервативного лікування гострого панкреатиту.
9. Види оперативних втручань при гострому панкреатиті.

10. Тактика лікування набрякової форми гострого панкреатиту.
11. Тактика лікування жирового панкреонекрозу.
12. Тактика лікування геморагічного панкреонекрозу.
13. Тактика лікування біліарного панкреатиту.
14. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з інфарктом міокарда.
15. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки.
16. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з гострою кишковою непрохідністю.
17. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з гострим холециститом.
18. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з розшаровуючою аневризмою аорти.
19. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з інфарктом селезінки.
20. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з гострим порушенням кровобігумезентеріальних судин.
21. Патогномонічні симптоми гострого панкреатиту.
22. Інструментальна діагностика гострого панкреатиту.
23. Консервативна терапія гострого панкреатиту
24. Хірургічна тактика при гострому панкреатиті.
25. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з псевдотуморозним панкреатитом.
26. Диференційна діагностика гострого панкреатиту з пухлиною підшлункової залози.
27. Уміти виявити основні симптоми хронічний панкреатит та кісти підшлункової залози.
28. Формулювання клінічного діагнозу хронічний панкреатит.
29. Провести диференціальний діагноз хронічного панкреатиту та кіст підшлункової залози.
30. Призначити медикаментозне лікування хронічного панкреатиту та кіст підшлункової залози.
31. Визначити покази до хірургічного лікування хронічного панкреатиту та кіст підшлункової залози.
32. Знати типи оперативних втручань при хронічному панкреатиті та його ускладненнях, з включенням малоінвазивних технологій.
33. Вміти виявити основні симптоми раку підшлункової залози.
34. Вміти виявити основні симптоми захворювання селезінки.
35. Сформулювати клінічний діагноз при захворюваннях селезінки.
36. Провести диференціальний діагноз захворювань селезінки.
37. Вибір тактики при захворюваннях селезінки.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Хворий К., 53 років, поступив у клініку із скаргами на оперізуючий

біль у верхній половині живота, нудоту, багаторазове блювання, підвищену температуру тіла. Язик сухий. Живіт здутий, при пальпації м'який, болючий в проекції підшлункової залози. Перистальтика ослаблена. Позитивні симптоми Керте, Воскресенського, Мейо-Робсона, Чухрієнка. Амілаза сечі 1024. Лейкоцитоз – $9 \cdot 10^9$ г/л. Проводилась консервативна терапія. На 15-й день знову підвищилась температура до $38,5 \text{ }^\circ\text{C}$. В епігастрії та лівому підребер'ї став пальпуватися щільний інфільтрат. Незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, інфільтрат не зменшувався, температура прийняла гектичний характер, лейкоцитоз збільшився до $18 \cdot 10^9$ г/л.

Про яке захворювання треба думати? Лікувальна тактика? Яке ускладнення розвинулось?

2. У хворого, 56 років, який протягом 5 років терпить на приступоподібні болі в правому підребер'ї, черговий приступ болю супроводжувався блюванням, підвищенням температури до $38,5 \text{ }^\circ\text{C}$, напруженням м'язів в правому підребер'ї, незначною іктеричністю склер. Позитивний симптом Ортнера, Щоткіна-Блюмберга. Консервативна терапія, проведена протягом 3-х діб, неефективна. Лейкоцити крові $18,0 \cdot 10^9$ /л.

Діагноз?
Тактика?

3. Хворий, 53 років, поступив зі скаргами на різкі болі в епігастрії оперізуючого характеру, багаторазове блювання. Зловживав алкоголем. При огляді: живіт м'який, симптоми подразнення очеревини негативні, болючість в епігастральній ділянці. Діастаза сечі 1096. Проведена протягом доби консервативна терапія покращення не дала, стан хворого погіршився, пульс до 120/хв., АТ – знизився до 70/40 мм рт.ст. З'явилися симптоми подразнення очеревини. Діастаза сечі знизилася до 8 од.

Діагноз?
Лікування

4. Хвора Н., 45 років, скаржиться на інтенсивний біль, який виник раптово. Біль спочатку мав переймоподібний, а потім – постійний характер, локалізувався в правому підребер'ї з іррадіацією в праве надпліччя, нудоту, блювання жовчю. Захворювання пов'язує з вживанням жирної їжі. Хвора підвищеного живлення. Язик сухий, обкладений. Живіт м'який, дещо ригідний, болючий в епігастрії і правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Мерфі. Температура нормальна. Пульс – 80/хв. АТ 120/80 мм.рт.ст.

Про яке захворювання слід думати? Які дослідження підтвердять діагноз? Лікувальна тактика?

5. Хворий К., 53 років, поступив у клініку із скаргами на оперізуючий біль у верхній половині живота, нудоту, багаторазове блювання, підвищену температуру тіла. Язик сухий. Живіт здутий, при пальпації м'який, болючий в проекції підшлункової залози. Перистальтика ослаблена. Позитивні симптоми Керте, Воскресенського, Мейо-Робсона, Чухрієнка. Амілаза сечі 1024. Лейкоцитоз – 9×10^9 г/л. Проводилась консервативна терапія. На 15-й день знову підвищилась температура до $38,5^\circ\text{C}$. В епігастрії та лівому підребер'ї став пальпуватися щільний інфільтрат. Незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, інфільтрат не зменшувався, температура прийняла гектичний характер, лейкоцитоз збільшився до 18×10^9 г/л.

Про яке захворювання треба

думати? Лікувальна тактика?

Яке ускладнення розвинулось?

6. Хворий, 51 рік, протягом довгого часу зловживав алкогольними напоями. Страждає цирозом печінки. За останні місяці періодично відмічає появу чорного стільця. Один раз було блювання кров'ю. При рентгенологічному і ендоскопічному дослідженнях констатовано наявність варикозно розширених вен стравоходу. Неодноразово лікувався у гастроентерологічному відділенні, приймав сирепар, есенціале, вливання альбуміну, амінокапронової кислоти, вікасол, полівітаміни. Після проведеного лікування кровотеча зупинялася. Після чергового зловживання алкогольними напоями знову з'явилася кровотеча. Показники загального аналізу крові вказують на незначну анемію. Білірубін крові в межах норми. Печінка незначно зменшена в розмірах. Асцити нема.

Тактика лікування?

7. Хворий, 38 років, в юнацькому віці переніс вірусний гепатит важкої форми. В процесі лікування застосовувалася гормонотерапія. Дотримується дієти, алкогольними напоями не зловживає. Протягом останнього року періодично відмічає болі тупого характеру в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під реберного краю на 2–3 см. Білірубін крові періодично підвищується до 28–32 мкмоль/л.

Попередній

діагноз?

Подальша

тактика?

8. Хворий, 54 років, страждає частими приступами хронічного рецидивуючого панкреатиту. При внутрішньовенній холангіографії виявлено три конкременти у дистальному відділі жовтого протока. Загальний білірубін крові 260 мкмоль/л. Діастаза сечі не підвищена. Під час операції підшлункова залоза різко ущільнена. Шляхом супрадуоденальної холедохотомії вдалося усунути тільки 1 камінь; буж в дванадцятипалу кишку не проходить.

Лікарська тактика?

9. Під час операції з приводу раку шлунка злоякісного процесу не знайдено. Виявлено кісту тіла підшлункової залози розміром 15 × 15 см, яка

інтимно спаяна із задньою стінкою тіла шлунка, коренем мезоколон та брижею тонкої кишки.

Дії хірурга?

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Які клінічні симптоми гострого панкреатиту?
2. З якими захворюваннями Ви будете проводити диференціальний діагноз?
3. Класифікація гострого панкреатиту (набрякова форма, жировий панкреонекроз, геморагічний панкреонекроз).
4. Константи біохімічного аналізу крові (амілаза, креатинін, сечовина).
5. Принципи консервативної терапії гострого панкреатиту.
6. Покази до операції і типи оперативних втручань при різних формах гострого панкреатиту
7. Панкреатоабдомінальний, панкреатосупраренальний, панкреатокардіоваскулярний, панкреатопульмональний, панкреатоцеребральний синдроми.
8. Які Ви знаєте ускладнення гострого панкреатиту?
9. Назвати константи біохімічного аналізу крові (білірубін, амілаза, лужна фосфатаза, цукор, сечовина, креатинін).
10. Які клінічні симптоми вірсунголітітазу?
11. З яким захворюванням Ви будете проводити диференціальний діагноз?
12. Яку тактику оберете в лікуванні хворого з гострим панкреатитом?
13. Які доступи використовуються при виконанні операцій на підшлунковій залозі?
14. Уміти виявити основні клінічні ознаки гострого панкреатиту.
15. Покази до операції і тактика оперативних підходів при гострому панкреатиті.
16. Методи інструментальної діагностики гострого панкреатиту.
17. Диференційна діагностика захворювань підшлункової залози та селезінки.
18. Особливості перебігу захворювань підшлункової залози та селезінки у хворих молодого і старшого віку.
19. Етіологія, патогенез та клінічні прояви захворювань підшлункової залози та селезінки.
20. Диференційна діагностика захворювань підшлункової залози та селезінки.
21. Діагностичні критерії захворювань підшлункової залози та селезінки (клінічні, лабораторні та інструментальні).
22. Ускладнення захворювань підшлункової залози та селезінки.
23. Основні методи лікування захворювань підшлункової залози та селезінки.
24. Покази до оперативного втручання захворювань підшлункової залози та селезінки. Вибір методу хірургічного лікування захворювань підшлункової залози та селезінки.

25. Протипокази до оперативного лікування захворювань підшлункової залози та селезінки.
26. Особливості передопераційної підготовки.
27. Ускладнення оперативних втручань на підшлунковій залозі та селезінці.
28. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з захворювань підшлункової залози та селезінки.
29. Трудова експертиза.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Класифікацію гострого панкреатиту.
2. Етіологію та патогенез гострого панкреатиту.
3. Форми гострого панкреатиту
4. Клінічні синдроми гострого панкреатиту.
5. Періоди перебігу гострого панкреатиту (за Савельєвим В.С., 1986).
6. Ускладнення гострого панкреатиту.
7. Клініко-діагностичну програму при гострому панкреатиті.
8. Методи консервативного лікування гострого панкреатиту.
9. Види оперативних втручань при гострому панкреатиті.
10. Тактику лікування набрякової форми гострого панкреатиту.
11. Тактику лікування жирового панкреонекрозу.
12. Тактику лікування геморагічного панкреонекрозу.
13. Тактику лікування біліарного панкреатиту.
14. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з інфарктом міокарда.
15. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки.
16. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з гострою кишковою непрохідністю.
17. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з гострим холециститом.
18. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з розшаровуючою аневризмою аорти.
19. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з інфарктом селезінки.
20. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з гострим порушенням кровобігумезентеріальних судин.
21. Патогномонічні симптоми гострого панкреатиту.
22. Інструментальну діагностику гострого панкреатиту.
23. Консервативну терапію гострого панкреатиту
24. Хірургічну тактику при гострому панкреатиті.
25. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з псевдотуморозним панкреатитом.
26. Диференційну діагностику гострого панкреатиту з пухлиною підшлункової залози.
27. Етіологічні фактори хронічного панкреатиту.
28. Класифікацію хронічного панкреатиту.
29. Клінічні прояви хронічного панкреатиту.
30. Неінвазивні рентгенологічні та інструментальні методи дослідження при

хронічному панкреатиті.

31. Інвазивні методи дослідження при хронічному панкреатиті.
32. Консервативне лікування хронічного панкреатиту.
33. Операції на підшлунковій залозі та протоках при хронічному панкреатиті.
34. Операції при холангіогенному панкреатиті.
35. Операції на вегетативній нервовій системі при хронічному панкреатиті.
36. Лікування хронічного панкреатиту, обумовлене захворюваннями шлунково-кишкового тракту.
37. Класифікацію кіст підшлункової залози.
38. Клінічну симптоматику кіст підшлункової залози.
39. Рентгенологічні ознаки кіст підшлункової залози.
40. Хірургічну тактику, залежно від стадії формування кіст підшлункової залози.
41. Паліативні операції при кістах підшлункової залози.
42. Радикальні операції при кістах підшлункової залози.
43. Групи симптомів при раку підшлункової залози.
44. Інструментальні методи діагностики раку підшлункової залози.
45. Класифікацію раку підшлункової залози (клінічну, патоморфологічну).
46. Паліативні і радикальні операції при раку підшлункової залози.
47. Покази до трансплантації підшлункової залози
48. Протипокази до трансплантації підшлункової залози
49. Ускладнення при трансплантації підшлункової залози
50. Профілактика ВІЛ-інфекції при трансплантації підшлункової залози.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Виявити головні варіанти перебігу гострого панкреатиту
2. Провести диференціальний діагноз
3. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз
4. Обґрунтувати медикаментозне лікування і показання до оперативного втручання
5. Виявити основні клінічні ознаки хронічного панкреатиту, кіст та раку підшлункової залози.
6. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
7. Провести диференціальний діагноз.
8. Обґрунтувати консервативне лікування, показання до хірургічного втручання.
9. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
10. Провести диференціальний діагноз.
11. Виявити основні клінічні ознаки захворювань селезінки, обґрунтувати медикаментозне лікування, визначити покази до хірургічного втручання.
12. Визначити покази та протипокази до трансплантації підшлункової залози.

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. В
3. А
4. А
5. С
6. Е
7. А
8. В
9. D
10. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. D
2. А
3. С
4. С
5. D
6. А

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія: навчальний посібник / Заред. В.М.Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В.Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П.Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424с

ТЕМА 7. Зовнішні та внутрішні грижі живота та їх ускладнення.

Мета: Засвоїти етіологію, патогенез, клініку, діагностику, диференційну діагностику неускладнених та ускладнених черевних гриж. Навчитися визначати показання та протипоказання до оперативного лікування, лікувальну тактику в залежності від виду грижі та наявності ускладнень, покази та вибір методу знечулення і оперативного втручання, принципи ведення післяопераційного періоду, проведення експертизи непрацездатності і реабілітації після операції з приводу неускладнених та ускладнених гриж.

Професійна орієнтація студентів. Черевні грижі зустрічаються у 3-5 % населення. Грижа обмежує якість життя грижоносія і є життєвонебезпечним захворюванням через розвиток ускладнень. Знання клініки, своєчасна діагностика та лікування ускладнених черевних гриж дозволяє знизити летальність, яка при защемлених грижах за даними різних авторів досягає до 20 %.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі

попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, рентгенкабінет, УЗД-кабінет) пояснити її

необхідність пацієнту.

7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі огляд патологічно зміненої ділянки, пальпація, перкусія та аускультация живота, пальцеве дослідження прямої кишки для визначення патогномонічних симптомів, ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з метою дифдіагностики, УЗД органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія живота, при потребі - колоноскопія) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
16. За умов завершення хірургічного лікування тієї чи іншої патології виведенням стоми інформувати стомованих пацієнтів про можливості подальшої реабілітації, покращення якості життя.
17. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з гострим перитонітом;
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;

- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика зовнішніх і внутрішніх гриж.
2. Класифікація зовнішніх і внутрішніх гриж.
3. Особливості перебігу зовнішніх і внутрішніх гриж у хворих молодого і старшого віку.
4. Етіологія, патогенез та клінічні прояви зовнішніх і внутрішніх гриж.
5. Діагностичні критерії зовнішніх і внутрішніх гриж (клінічні, лабораторні та інструментальні).
6. Основні методи лікування зовнішніх і внутрішніх гриж.
7. Покази до оперативного втручання зовнішніх і внутрішніх гриж. Вибір методу хірургічного лікування зовнішніх і внутрішніх гриж.
8. Протипокази до оперативного лікування зовнішніх і внутрішніх гриж.
9. Особливості передопераційної підготовки.
10. Ускладнення оперативних втручань на зовнішніх і внутрішніх гриж.
11. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з зовнішніми і внутрішніми грижами.
12. Трудова експертиза.

Тестові завдання та ситуаційні

задачі:

1. Хворий М, 75 років, упродовж останніх 3-х років має труднощі при сечовипусканні. Сеча виділяється тонким, в'ялим струмком, стали частими позиви до сечовипускання. Рік тому чоловік помітив в обох пахових ділянках округлі випинання розміром 6х6 см, які зникають у горизонтальному положенні. Зовнішні пахові кільця круглі, їх діаметр біля 3 см. Пульсація нижньої епігастральної артерії визначається ззовні від грижевого мішка. Встановіть діагноз:
 - А. Двобічна пряма пахова грижа, аденома передміхурової залози.
 - В. Двобічна коса пахова грижа
 - С. Двобічний паховий лімфаденіт.

- D. Аденома передміхурової залози.
- E. Двобічна ліпома пахових ділянок.

2. У 6 місячного хлопчика, виявлено лівобічну пахово-каліткову грижу. Назвіть головну причину її виникнення:

- A. Розширення зовнішнього кільця пахового каналу.
- B. Розширення внутрішнього кільця пахового каналу.
- C. Підвищення внутрішньочеревного тиску.
- D. Незарощення пахового відростка очеревини.
- E. Недорозвинення пахового відростка очеревини.

3. Хворий, 38 років, скаржиться на біль та випинання у правій паховій ділянці. Мають місце дизуричні явища. Випинання вправиме. В правій паховій ділянці визначається утвір округлої форми, еластичної консистенції, зовнішнє пахове кільце діаметром біля 4 см, сім'яний канатик розташований латерально від випинання. Симптом "кашльового поштовху" позитивний. Загальний стан чоловіка задовільний. Сформулюйте найбільш вірогідний діагноз:

- A. Коса пахова грижа.
- B. Пряма пахова грижа.
- C. Варикоцеле.
- D. Крипторхізм.
- E. Стегнова грижа.

4. Хворий Н, 46 років, скаржиться на наявність грижового випинання в ділянці пупка і біль у ньому. Хворіє 8 років. Грижове випинання має 6 см у діаметрі, в черевну порожнину не вправляється, чутливе при пальпації, шкіра над ним не змінена, симптом "кашльового поштовху" позитивний, визначається край грижових воріт. Встановіть діагноз:

- A. Защемлена пупкова грижа.
- B. Невправима пупкова грижа.
- C. Передочеревинна ліпома.
- D. Кіста урахуса.
- E. Вправима пупкова грижа.

5. Призовник 17 років, скаржиться на наявність патологічного утвору, який з'являється в лівій паховій ділянці при фізичному навантаженні й натужуванні. Утвір має овальну форму, розміром 4 * 6 см, при пальпації він м'яко-еластичної консистенції, зовнішнє пахове кільце діаметром біля 3 см, утвір розміщений назовні від сім'яного канатика. Сформулюйте попередній діагноз:

- A. Правобічна стегова грижа.

- В. Правобічна пряма пахова грижа.
- С. Правобічна коса пахова грижа.
- Д. Варикозне розширення вен сім'яного канатика.
- Е. Кіста сім'яного канатика.

6. Хвора К, 55 років, скаржиться на наявність пухлиноподібного утвору в ділянці пупка і періодичний біль у ньому при навантаженнях. Оперована 6 років тому з приводу жовчно- кам'яної хвороби. При огляді нижче пупка визначається пухлиноподібний утвір овальної форми до 4 см у діаметрі, еластичної консистенції, неболючий та вправимий в черевну порожнину. Шкірні покрови над ним не змінені. Післяопераційний рубець до 15см (в\с лапаротомія). В черевній стінці нижче пупка на 1 см визначається округлий дефект кільцеподібної форми до 3 см у діаметрі. Позитивний симптом кашльового поштовху. Сформулюйте попередній діагноз:

- А. Вправима післяопераційна навколупупкова грижа.
- В. Невправима післяопераційна пупкова грижа.
- С. Параумбілікальна неувправима грижа.
- Д. Грижа білої лінії живота.
- Е. Діастаз прямих м'язів живота.

7. Хворий Л, 36 років, у минулому було проведено лапароскопічну холецистектомію. Жінка має ожиріння II ступеня. Через 1 рік після операції в ділянці навколупупкового операційного рубця з'явилося болюче випинання розміром 4x4 см, м'яко-еластичної консистенції, яке збільшується при натужуванні й кашлі. У положенні лежачи утвір зникає. Нижче пупка в білій лінії живота визначається дефект до 3см, позитивний симптом кашльового поштовху. Сформулюйте попередній діагноз:

- А. Вправима пупкова грижа.
- В. Пухлина черевної порожнини.
- С. Діастаз прямих м'язів живота.
- Д. Передочеревинна ліпома.
- Е. Післяопераційна вентральна грижа.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Анатомо – топографічні та фізіологічні особливості передньої черевної стінки пахового проміжку та пахового каналу (слабі місця черевної стінки).Хірургічна анатомія пахової ділянки та пахового каналу.
2. Визначення термінів: “Грижа”, “Евентерація”, “Випадіння”.
3. Причини виникнення гриж (зумовлюючі, викликаючі).
4. Анатомо-топографічна і клінічна характеристика черевних гриж.
5. Класифікація черевних гриж з визначенням причин їх виникнення,

локалізації, клінічного перебігу. Елементи грижі та їх характеристика..

6. Загальні клінічні ознаки вправимих гриж.
7. Визначення ковзної грижі та її клінічна характеристика.
8. Загальні принципи та етапи оперативного лікування неускладнених черевних гриж. Протипокази до оперативного втручання.
9. Пахові грижі. Класифікація, клініка, діагностика.
10. Диференційна діагностика пахових гриж
11. Анатомо-фізіологічне обґрунтування вибору методу пластики пахового каналу, традиційні та лапароскопічні хірургічні операції при лікуванні пахових гриж. Застосування пластичних матеріалів в лікуванні пахових гриж.
12. Особливості оперативного лікування ковзних та вроджених пахових гриж.
13. Принципи ведення післяопераційного періоду після герніопластики.
14. Експертиза непрацездатності та реабілітації хворих після операції з приводу пахових гриж.
15. Анатомо-топографічна характеристика стегового каналу, білої лінії живота, спігелієвої лінії і інших “слабих” місць черевної стінки. Хірургічна анатомія стегового каналу.
16. Класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика стегових гриж.
17. Анатомо-фізіологічне обґрунтування вибору методу пластики стегового каналу при лікуванні стегових гриж.
18. Ведення післяопераційного періоду після герніопластики з приводу стегової грижі.
19. Експертиза непрацездатності та реабілітації хворих після операції з приводу стегових гриж.
20. Пупкові грижі. Класифікація, клініка, диференційна діагностика. Принципи оперативного лікування.
21. Ведення післяопераційного періоду після герніопластики з приводу пупкових гриж.
22. Експертиза непрацездатності та реабілітації хворих після операції з приводу пупкових гриж.
23. Грижі білої лінії живота. Класифікація, клініка, диференційна діагностика. Принципи оперативного лікування.
24. Ведення післяопераційного періоду після герніопластики з приводу гриж білої лінії живота .
25. Експертиза непрацездатності та реабілітації хворих після операції з приводу гриж білої лінії живота .
26. Грижі спігелієвої лінії, поперекові, промежинні, сідничні, затульні, внутрішні. Особливості клініки, диференційної діагностики та лікувальної тактики.
27. Рецидивні і післяопераційні вентральні грижі. Особливості клініки,

- диференційної діагностики та лікувальної тактики.
28. Показання та методи оперативних втручань із застосуванням пластичних матеріалів в лікуванні пупкових, рецидивних і післяопераційних вентральних гриж.
 29. Принципи експертизи непрацездатності і реабілітації хворих після операції з приводу гриж спігелієвої лінії, поперекових, промежинних, сідничних, рецидивних і післяопераційних вентральних гриж. Класифікація ускладнень черевних гриж.
 30. Види защемлення . Класифікація защемлення за механізмом виникнення.
 31. Патолого-анатомічні зміни в защемленому органі.
 32. Основні клінічні ознаки защемлення грижі.
 33. Особливості клініки та діагностики защемленої грижі.
 34. Диференційна діагностика защемленої грижі в залежності від її локалізації. Диференційна діагностика калового і еластичного защемлення.
 35. Вибір лікувальної тактики , загальні принципи, особливості та етапи оперативного лікування защемлених черевних гриж. Показання до резекції кишки та її особливості.
 36. Особливості клінічного перебігу при ретроградному, пристінковому та защемленніковзних гриж.
 37. Самостійне вправлення защемленої грижі. Тактика хірурга при самостійному вправленні защемлення грижі.
 38. Ускладення при самостійному та насильному вправленні защемленої грижі.
 39. Псевдозащемлення грижі. Етіологія, клініка, діагностика та лікування.
 40. Несправжнє вправлення защемленої грижі. Визначення поняття, класифікація, клініка, діагностика, лікувальна тактика.
 41. Визначення та причини невправимої грижі.
 42. Клініка, діагностика, диференційна діагностика невправимої грижі.
 43. Лікувальна тактика та особливості оперативного втручання при невправимій грижі..
 44. Визначення та причини копростазу в грижі.
 45. Клініка, діагностика, диференційна діагностика копростазу в грижі.
 46. Лікувальна тактика при копростазі в грижі.
 47. Визначення та причини запалення грижі.
 48. Клініка, діагностика, диференційна діагностика запаленої грижі.
 49. Лікувальна тактика при запаленні в грижі.
 50. Особливості оперативного втручання при запаленні грижі
 51. Травма грижі. Особливості клініки, діагностики і лікувальної тактики.
 52. Профілактика гриж.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Анатомо-топографічні та фізіологічні особливості передньої черевної стінки і таза.
2. Етіологію, патогенез, класифікацію черевних гриж і їх ускладнень.

3. Клінічну характеристику та діагностику черевних гриж різних локалізацій.
4. Покази та протипокази до оперативного лікування гриж, методи профілактики гриж.
5. Методи оперативних втручань при неускладнених черевних грижах різної локалізації.
6. Етіопатогенез і класифікація ускладнень черевних гриж.
7. Клініку, діагностику, диференційну діагностику ускладнених черевних гриж.
8. Покази та протипокази до консервативного та оперативного лікування ускладнених гриж, особливості передопераційної підготовки.
9. Основні особливості оперативного лікування ускладнених гриж, вибір методу та обсягу хірургічних втручань.
10. Ускладнення до – та післяопераційного періоду, методи їх профілактики та лікування, особливості ведення післяопераційного періоду.
11. Принципи експертизи непрацездатності і реабілітація хворих, що перенесли операцію з приводу гриж.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати анамнез у хворого з підозрою на черевну грижу.
2. Провести загальноклінічне обстеження та виявити основні клінічні ознаки та симптоми неускладнених і ускладнених черевних гриж.
3. Провести пальпацію місць можливого виходу черевних гриж і грижових випинань.
4. Скласти план лабораторного та інструментального обстеження, трактувати результати обстежень, визначити попередній діагноз та тактику ведення хворого, провести комплексне обстеження разом з суміжними лікарями-спеціалістами.
5. Аргументувати і формулювати клінічний діагноз, готувати хворих до екстрених та планових хірургічних втручань.
6. Визначити покази і протипокази до оперативного втручання, правильно обрати передопераційну підготовку, вид знечулення, оперативний доступ та об'єм оперативного втручання в залежності від клінічної форми та наявності ускладнень у хворих з черевними грижами.
7. Вести хворих у післяопераційному періоді, проводити перев'язки.
8. Вести медичну документацію по курації хворих.
9. Використовувати навчальну та наукову літературу для вирішення професійних завдань, підвищення рівня професійної підготовки.

Еталони відповідей на тести:

1. А
2. D
3. В
4. В

5. С
6. А
7. Е

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В.Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П.Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

ТЕМА 8: ЗАХВОРЮВАННЯ ТОНКОЇ КИШКИ. ПОКАЗАННЯ ДОТРАНСПЛАНТАЦІЇ КИШЕЧНИКА

МЕТА: Оволодіти знаннями про клініку, діагностику та диференційну діагностику захворювань тонкої кишки: хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, поліпозу, дивертикульозу. Освоїти діагностувати, знати клінічні особливості різних форм неспецифічного виразкового коліту та методи консервативного і хірургічного лікування. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, виконувати пальпацію, перкусію та аускульту, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при даних нозологіях. Знати показання до трансплантації кишківника. Вивчити тактику лікування, показання та протипоказання до консервативного та оперативного лікування, вид знеболювання, вид оперативного втручання, принципи перед- та післяопераційного періодів, експертизу працездатності після операцій на тонкій кишці.

Професійна орієнтація студентів:

Захворювання тонкої кишки дуже поширені у людей незалежно від статі, особливо в зрілому та похилому віці. Тому лікар будь-якого профілю, особливо

сімейний, повинен бути звиклий до особливостей лікувально-діагностичної тактики при цих захворюваннях.

Протягом останніх десятиліть в економічно розвинених країнах невпинно зростає кількість хворих з патологією тонкої кишки. Присутній постійний інтерес до вивчення даних хірургічних захворювань. Різноманітні клінічні прояви, наявність тяжких ускладнень, які інколи ведуть до інвалідизації хворих і навіть летальних наслідків, а також зростання числа хворих на дану патологію з невіршеними питаннями диференціальної діагностики, необгрунтованим патогенетичним лікуванням і визначають необхідність подальшого дослідження даної патології.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обгрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи

уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі(комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі пальпація живота для визначення патогномонічних симптомів, УЗД правої здухвинної ділянки) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.

8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
 9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
 10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
 12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та з його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
-
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки захворювань тонкої кишки захворювань.
- Вивчає показання та протипокази до трансплантації кишківника.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, додаткових методів проводить диференціальний діагноз.

Робота 2.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки хвороби Крона, складає діагностичну програму, формулює діагноз.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, проводиться диференціальний діагноз.

Робота 3.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки неспецифічного виразкового коліту, поліпозу та дивертикульозу тонкої кишки складає діагностичну програму, формулює діагноз.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, рентгенографій, іригоскопій, іригографій, ректороманоскопії, колоноскопії проводить диференціальний діагноз з гострою дизентерією, хворобою Крона, раком товстої кишки.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Анатомо-фізіологічні особливості тонкої кишки.
2. Топографія тонкої кишки.
3. Класифікація захворювань тонкої кишки.
4. Клінічна характеристика, діагностика та диференційна діагностика захворювань тонкої кишки залежно від клінічної форми та ускладнень.
5. Вибір тактики лікування та метод лікування захворювань тонкої кишки в залежності від клінічної форми та ускладнень.
6. Методи консервативного та оперативного лікування захворювань тонкої кишки.
7. Лікувальна тактика та методи консервативного та оперативного лікування поліпозу.
8. Дивертикулез. Визначення поняття та класифікація.
9. Клініка, діагностика та диференціальна діагностика хвороби Крона в залежності від клінічної форми та стадії запального процесу.
10. Показання до трансплантації кишківника.
11. Лікувальна тактика та методи лікування НВК залежно від клінічної форми та стадії

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

Тестові завдання

1. Пацієнтка С., 72 років скаржиться на тягнучий біль та наявність вип'ячування в анальній ділянці, нетримання газів та рідкого калу. Описані скарги має більше двох років. Спочатку вип'ячування в анальній ділянці з'являлося лише під час дефекації, пацієнтка вправляла його самостійно, зараз вип'ячування не вправляється. Під час огляду виявлено вип'ячування 4 см довжиною із анального каналу, яке покрито слизовою, зубчата лінія вивернена назовні. Який найбільш імовірний діагноз? Який метод лікування слід застосувати?

А. Синдром опущення промежини: повне випадіння прямої кишки.

Хірургічне лікування

- В. Синдром опущення промежини: неповне випадіння прямої кишки. Консервативне лікування
- С. Ковзна грижа
- Д. Синдром опущення промежини: неповне випадіння прямої кишки. Хірургічне лікування
- Е. Синдром опущення промежини: повне випадіння прямої кишки. Консервативне лікування

2. Хворий А., 67 р. скаржиться на значні труднощі, які виникають при акті дефекації, що виражаються в тривалих марних потугах і почутті неповного випорожнення прямої кишки. Який поставите попередній діагноз?

- А. Синдром опущення промежини
- В. Рак прямої кишки
- С. Хвороба Крона
- Д. Хвороба Боуена
- Е. Піодермія промежини

3. Під час амбулаторного огляду в поліклініці лікар виявив у хворої М., 31р., інфільтрацію шкіри промежини, індуративні зміни підшкірної клітковини, численні нориці з гнійними виділеннями, рубцева деформація тканин промежини. Попередній діагноз?

- А. Піодермія промежини
- В. Меланома
- С. Гостри парапроктит
- Д. Перианальний дерматит
- Е. Епітеліальне куприкове напруження

4. Пацієнт М., 33 р. житель міста скаржиться на відчуття чужорідного тіла в області промежини, відчуття вологості шкіри цієї ділянки, іноді болі при дефекації і анальне свербіння. При зовнішньому огляді на шкірі навколо заднього проходу визначаються описані вище утворення, а при пальцевому дослідженні прямої кишки пальпуються маленькі щільнуваті вузлики. Поставте діагноз?

- А. Конділоматоз промежини
- В. Епітеліальне куприкове напруження
- С. Рак анального каналу
- Д. Анальний поліпоз
- Е. Неспецифічний виразковий коліт

5. Хвора А., 19р. скаржиться на біль різного характеру – від ниючого до пульсуючого, наявність пухлиноподібного утворення в ділянці міжсідничної складки, відмічає гнійні виділення в крижово-куприковій ділянці. При огляді в між сідничній складці наявні гнійні нориці, шнуровидне ущільнення довжиною 10см, гіперемія та інфільтрація шкіри навколо. Поставте діагноз?

- A. Нагноєння епітеліальних куприкових ходів
- B. Анокуприковий больовий синдром
- C. Радикулопатія поперекового відділу хребта
- D. Гострий парапроктит
- E. Хвороба Педжета

6. Чоловік 56р., виявив в ділянці промежини пухлиноподібне утворення з нерівними краями, з часом хворий став відмічати дискомфорт від даного випинання. Звернувся до лікаря. При огляді в ділянці промежини поодинокі бляшка червонуватого відтінку, що складається із зливних плоских папул, з неправильними чіткими межами, вкрита серозно-геморагічними шкірочками, слабо інфільтрована, нагадує екзему. Поставте діагноз.

- A. Хвороба Боуена
- B. Хвороба Крона
- C. Піодермія промежини
- D. Тріщина заднього проходу
- E. Пара анальний дерматит

7. Хворий Р., 34 років виявляє скарги на тягнучий біль та наявність вип'ячування в анальній ділянці, нетримання газів та рідкого калу. Описані скарги має більше шести років. Спочатку вип'ячування в анальній ділянці з'являлося лише під час дефекації, пацієнт вправляв його самостійно, зараз вип'ячування не вправляється. Під час огляду виявлено вип'ячування 6 см довжиною із анального каналу, яке покрите слизовою, зубчата лінія вивернена назовні. Ваш діагноз?

- A. Повне випадіння прямої кишки
- B. Хвороба Боуена
- C. Хвороба Крона
- D. Піодермія промежини
- E. Неповне випадіння сечового міхура

8. У хворого 29 років на лівій сідничній ділянці мають місце 3 невеликі отвори (до 2мм в діаметрі) з відділенням краплин гною і інфільтратом довкола них. Що треба застосувати для уточнення діагнозу?

- A. Фістулографія
- B. Зондове дослідження
- C. Ведення заборвлюючих речовин
- D. Ректороманоскопія
- E. Пальцьове дослідження

Ситуаційні задачі.

1. У хворої, 36 років, протягом 10 років періодично з'являються болі в ділянці анального каналу після акту дефекації та виділення яскраво-червоної крові. Протягом останніх двох днів з'явилася значна кровотеча після акту дефекації. Застосування консервативних засобів (гемостатична терапія) в умовах стаціонару не дало бажаного результату. Виражена анемія. При

дослідженні ректальним дзеркалом із внутрішнього гемороїдального вузла виділяється кров.

Діагноз? Тактика лікування?

2. У хворого, 22 років, протягом шести років періодично загострюється геморої. При цьому з'являються збільшені, різко болючі гемороїдальні вузли. Протягом останньої доби болі значно посилюються. Сечопуск затруднений. При огляді відзначаються збільшені гемороїдальні вузли темно-вишневого кольору на рівні 3,7, 11 годинах умовного циферблату. Діагноз? Тактика лікування?

3. У хворого 40 років 2 дні тому з'явилися пульсуючі болі у перианальній ділянці, які посилювалися при дефекації. При огляді в навколоректальній ділянці на 2 см від ануса, на 9 год за умовним циферблатом гіперемія шкіри, припухлість, різко болючі при пальпації. Діагноз? Методи лікування?

4. У хворої 39 років 2 дні тому з'явився тупий, пульсуючий біль в ділянці анального отвору, підвищення температури тіла до 38°C. При огляді у перианальній ділянці від 4 до 8 год за умовним циферблатом на 2 см від анального отвору припухлість, гіперемія шкіри, при пальпації дана ділянка різко болюча.

Діагноз? Тактика лікування?

5. У хворого 43 років, на 5-й день після проктоколектомії з виведенням ілеостоми з приводу неспецифічного виразкового коліту з хронічним безперервним перебігом важкого ступеня виникли ознаки перитоніту. Відмічається підвищення температури, лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво.

Хірургічна тактика?

6. Хворий, 45 років, протягом 10 років страждає болями у животі, проносами до 6–8 разів на добу з домішками крові. Втратив у вазі за останній рік 12 кг. Неодноразово лікувався в стаціонарних умовах гастроентерологічного відділення, відзначаючи поліпшення тимчасово. При іригоскопії – тотальне ураження товстої кишки виразковим процесом. Відмічається підвищення температури тіла до 38°C, виражена анемія.

Діагноз? Тактика лікування?

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Визначення поняття. Класифікація.
2. Клінічна характеристика хвороби Крона в залежності від клінічної форми та стадії перебігу.
3. Клініка, діагностика та диференційна діагностика ускладнень хвороби Крона.

4. Методи верифікації діагнозу (іріографія, колоноскопія, біопсія).
5. Тактика лікування при хворобі Крона.
6. Принципи консервативного та оперативного лікування хворих на хворобу Крона.
7. Клініка, діагностика та диференційна діагностика різних клінічних форм хвороби Крона.
8. Клінічна характеристика хірургічних ускладнень хвороби Крона.
9. Сучасні методи верифікації діагнозу.
10. Вибір тактики лікування в залежності від клінічної форми та ускладнень хвороби Крона.
11. Визначення поняття. Класифікація.
12. Клінічна характеристика НВК залежно від клінічної форми та стадії перебігу.
13. Клініка, діагностика та диференційна діагностика ускладнень НВК.
14. Методи верифікації діагнозу (іріографія, колоноскопія, біопсія).
15. Принципи консервативного та оперативного лікування хворих на НВК.
16. Сучасні методи верифікації діагнозу.
17. Клінічна характеристика поліпозу в залежності від клінічної форми та стадії перебігу.
18. Клініка, діагностика та диференційна діагностика поліпозних ускладнень.
19. Методи верифікації діагнозу (іріографія, колоноскопія, біопсія).
20. Лікувальна тактика при поліпозі.
21. Принципи консервативного та оперативного лікування хворих на поліпоз.
22. Клінічна характеристика дивертикулеза в залежності від клінічної форми та стадії перебігу.
23. Клініка, діагностика та диференційна діагностика ускладнень дивертикулеза.
24. Лікувальна тактика при дивертикульозі.
24. Принципи консервативного та оперативного лікування хворих на дивертикулез.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Анатомо-фізіологічні особливості тонкої кишки.
2. Топографія тонкої кишки.
3. Класифікація захворювань тонкої кишки.
4. Клінічна характеристика, діагностика та диференційна діагностика захворювань тонкої кишки залежно від клінічної форми та ускладнень.
5. Вибір тактики лікування та метод лікування захворювань тонкої кишки в залежності від клінічної форми та ускладнень.
6. Методи консервативного та оперативного лікування захворювань тонкої кишки.
7. Лікувальна тактика та методи консервативного та оперативного лікування поліпозу.
8. Дивертикулез. Визначення поняття та класифікація.

9. Клініка, діагностика та диференціальна діагностика хвороби Крона в залежності від клінічної форми та стадії запального процесу.
10. Показання до трансплантації кишківника.
11. Лікувальна тактика та методи лікування НВК залежно від клінічної форми та стадії
12. Хвороба Крона. Класифікація.
13. Клінічна характеристика хвороби Крона в залежності від клінічної форми та стадії перебігу, ускладнення.
14. Лікувальна тактика та методи консервативного та оперативного лікування хвороби Крона залежно від клінічної форми, стадії перебігу та ускладнень.
17. Неспецифічний виразковий коліт (НВК). Визначення поняття та класифікація.
18. Показання до пересадки кишечника.
19. Методи верифікації діагностики НВК.
20. Лікувальна тактика та принципи консервативного та оперативного лікування НВК залежно від клінічної форми, перебігу та ускладнень.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати історію хворого із захворюваннями тонкої кишки.
2. Виявити основні клінічні ознаки та симптоми захворювань тонкої кишки.
3. Провести ректальне дослідження.
4. Скласти план обстеження хворого та викласти результати обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рентгенологічне дослідження (іригоскопія, іригографія, фістулографія), ультразвукове дослідження, біохімічне дослідження крові, аноскопія, колоноскопія, біопсія, ректороманоскопія).
5. Визначити тактику лікування, показання та протипоказання до трансплантації кишківника.
6. Визначити тактику лікування, показання та протипоказання до оперативного втручання, правильно вибрати передопераційну підготовку, вид анестезії, оперативний доступ і вид втручання відповідно до клінічної форми захворювання, його перебігу, стадії запального процесу, ускладнень.

Еталони відповідей на тести:

1. E
2. C
3. B
4. E
5. D

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. A
2. E
3. C

4. А
5. В

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М.Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В.Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П.Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

ТЕМА 9: ХІРУРГІЯ ШЛУНКА, 12-ПАЛОЇ КИШКИ.

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНІ ТА ПОСТВАГОТОМНІ СИНДРОМИ.

МЕТА. Засвоїти клініку, діагностику, диференційну діагностику різних клінічних форм ВХШ і ДПК. Навчитися визначати лікувальну тактику, показання та протипоказання до оперативного лікування, вибір виду знеболення і оперативного втручання при різних клінічних варіантах ВХШ і ДПК, постгстррезекційних та постваготомних синдромах, принципи ведення післяопераційного періоду, проведення експертизи непрацездатності і реабілітації після операції з приводу ВХШ і ДПК постгстррезекційних та постваготомних синдромів.

Професійна орієнтація студентів:

ВХШ і ДПК є одним із найбільш частих хірургічних захворювань органів шлунково- кишкового тракту. Захворюваність сягає рівня 10-15 %. Основним ускладненням ВХШ і ДПК – перфорація, кровотеча, виразковий стеноз, малігнізація є життєво небезпечними і вимагають невідкладних або екстрених хірургічних втручань. Післяопераційна летальність після ургентних операцій з приводу ускладнень ВХШ і ДПК в ряді випадків сягає 15-20 %.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

- ЗК 3.** Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК 4.** Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.
- ЗК 5.** Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- ЗК 6.** Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- ЗК 7.** Здатність працювати в команді.
- ЗК 8.** Здатність до міжособистісної взаємодії.
- ЗК 9.** Спілкуватись державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.
- ЗК 10.** Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.
- ЗК 11.** Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

- ФК 1.** Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- ФК 2.** Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
- ФК 3.** Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
- ФК 4.** Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.
- ФК 5.** Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.
- ФК 6.** Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.
- ФК 7.** Здатність до діагностування невідкладних станів.
- ФК 8.** Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
- ФК 10.** Здатність до виконання медичних маніпуляцій.
- ФК 16.** Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.
- ФК 24.** Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

- ПРН 1.** Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.
- ПРН 2.** Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.
- ПРН 3.** Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї

міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом

прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з любою патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, ендоскопічний кабінет, рентгенкабінет, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі пальпація, перкусія та аускультация живота для визначення патогномонічних симптомів, ендоскопічне дослідження шлунка, оглядова рентгенографія живота, УЗД органів черевної порожнини) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання

хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.

13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.

15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.

16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Зібрати скарги, анамнез, оглянути хворого з виразковою хворобою шлунка, ДПК
- виявити клінічні та інструментальні симптоми;
- згрупувати симптоми у синдроми.

Робота 2.

- Визначити провідний синдром;
- інтерпретувати лабораторно-інструментальні дані;
- обґрунтувати попередній діагноз.

Робота 3.

- Провести диференціальний діагноз;
- сформулювати клінічний діагноз;
- призначити диференційовані програми лікування згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги та визначення методів лікування вищевказаної категорії хворих.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Диференційна діагностика пострезекційних та постваготомних синдромів.
2. Класифікація пострезекційних та постваготомних синдромів.
3. Особливості перебігу пострезекційних та постваготомних синдромів у хворих молодого і старшого віку.
4. Етіологія, патогенез та клінічні прояви пострезекційних та постваготомних синдромів.
5. Діагностичні критерії пострезекційних та постваготомних синдромів. (клінічні, лабораторні та інструментальні).
6. Основні методи лікування пострезекційних та постваготомних синдромів.
7. Покази до оперативного втручання синдрому пострезекційних та постваготомних синдромів. Вибір методу хірургічного лікування пострезекційних та постваготомних синдромів.
8. Протипокази до оперативного лікування пострезекційних та постваготомних синдромів.
9. Особливості передопераційної підготовки.
10. Ускладнення оперативних втручань на пострезекційних та постваготомних синдромів.

11. Принципи ведення післяопераційного періоду після операцій у хворих з пострезекційними та постваготомними синдромами.
12. Трудова експертиза.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Найінформативніший метод діагностики рубцевого стенозу:

- A. Контрастна рентгенографія
- B. оглядова рентгенографія
- C. ЕГДС
- D. РН- метрія
- E. лапароскопія

2. Мелена це:

- A. чорний рідкий дьогтеподібний стілець
- B. чорний оформлений стілець
- C. знебарвлений рідкий кал
- D. пінисті смердючі випорожнення чорного кольору
- E. оформлений кал з прожилками крові

3. Найчастіше використовуючий операційний доступ при операціях на шлунку:

- A. Верхньо-середня-серединна лапаротомія
- B. нижньо-серединна лапаротомія
- C. параректальний доступ справа
- D. Волоковича Дьяконова
- E. Пфаненштіля

4. Яка з перерахованих операцій не належить до органозберігаючих

- A. Резекція за Більрот II
- B. стовбутова ваготомія
- C. селективна ваготомія
- D. селективна проксимальна ваготомія
- E. всі перераховані не належать

5. Яка з перерахованих операцій на шлунку органозберігаюча:

- A. селективна проксимальна ваготомія
- B. резекція за Більрот I
- C. резекція за Більрот II
- D. гастректомія
- E. всі перераховані органонезберігаючі

Ситуаційні задачі:

1. У хворого декомпенсований стеноз пілоро-бульбарної зони на тлі 10 літнього виразкового анамнезу. У стані середньої важкості він поступив з скаргами на багаторазову блювоту і відрижку тухлим. Відзначає виражену слабкість. Виснажений. Після стабілізації метаболічних показників і

загального стану хворий дав згоду на оперативне лікування. При дообстеженні виявлено, що у хворого гіпосекреторна функція слизової, є ендоскопічні ознаки вираженого гастриту у всіх відділах шлунку. Виберіть метод операції:

- A. резекція шлунку по Більрот II
- B. ваготомія з операцією, що дрениє шлунок
- C. накладення гастростоми по Вітцелю
- D. селективна проксимальна ваготомія
- E. фундоплікація по Ніссену

2. Виберіть найбільш часту причину рецидиву виразки після органозберігаючої операції з ваготомією при адекватному зниженні кислотопродукуючої функції після операції:

- A. синдром Золлінгера-Еллісона
- B. неповна ваготомія
- C. дуоденогастральний рефлюкс жовчі
- D. гастрит оперованого шлунку
- E. надмірне вживання алкоголю

3. У хворого, що переніс операцію, резекцію шлунку, з приводу виразкової хвороби, виник рецидив (за даними ЕГДС) на фоні анти секреторної терапії. Яка причина рецидиву?

- A. усе перераховане
- B. неповна ваготомія;
- C. залишена при резекції частина антрума;
- D. економна резекція шлунку;
- E. синдром Золлінгера-Еллісона;

4. У хворого рецидив пептичної виразки. У якому випадку необхідно досліджувати рівень гастрину?

- A. при рецидиві виразки після хірургічного лікування;
- B. при множинних виразках;
- C. при дуодентальній виразці;
- D. при виразці шлунку;
- E. при поєднанні шлункової і дуодентальної виразок.

5. Чоловік 60 років поступив в стаціонар з скаргами на блювоту їжею протягом тижня. Шкірні покриви і слизові оболонки сухі. Гематокрит 55%. В анамнезі відмічений постійний больовий синдром, що змінювався останнім часом відчуттям тяжкості в епігастральній ділянці. Раніше не обстежувався. При рентгеноскопії шлунку виявлений

значно збільшений шлунок. Вкажіть патологічний стан, що частіше за інших зустрічається за наявності вказаних симптомів:

- A. водно-електролітні порушення
- B. порушення функції печінки
- C. гіперглікемія
- D. лихоманка
- E. гіпертензія

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Уміти виявити основні аспекти етіопатогенезу та клінічні симптоми, характерні для виразкової хвороби шлунка та ДПК.
2. Уміти диференціювати особливості між клінічним протіканням виразки шлунка та ДПК.
3. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.
4. Знати покази до оперативного лікування та основні методи органозберігаючих та радикальних методів оперативного лікування.
5. Уміти діагностувати основні клінічні ознаки пенетруючої виразки шлунка та ДПК, пілоростенозу, симптоми «малих ознак» малігнізації.
6. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
7. Провести диференціальний діагноз, обґрунтувати показання до хірургічного лікування неускладненої та ускладненої виразки, при постгстрезекційних та постваготомних синдромах

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Анатомо-фізіологічні особливості шлунка і ДПК.
2. Сучасні теорії виникнення і стадії патогенезу ВХШ і ДПК.
3. Визначення та класифікацію різних клінічних форм ВХШ і ДПК.
4. Сучасні методи дослідження секреторної і моторно-евакуаторної функцій шлунка і ДПК.
5. Методи верифікації діагнозу ВХШ і ДПК.
6. Клініку, діагностику, диференційну діагностику і вибір лікувальної тактики при неускладненій і ускладненій ВХШ і ДПК.
7. Сучасні принципи комплексного консервативного лікування хворих на ВХШ і ДПК.
8. Сучасні методи оперативного лікування ВХШ і ДПК.
9. Клініку, діагностику, диференційну діагностику, вибір лікувальної тактики і методів оперативного лікування при пенетруючій виразці шлунка і ДПК.
10. Особливості клініки, діагностики, диференційної діагностики, вибору лікувальної тактики, передопераційної підготовки і методів оперативного лікування при рубцевому стенозі шлунка чи ДПК виразкової природи.
11. Особливості клініки, діагностики, лікувальної тактики, верифікації

діагнозу і методів оперативного лікування при малігнізації виразки шлунка, постгстррезекційних та постваготомних синдромів.

12 Особливості ведення післяопераційного періоду після операцій з приводу ВХШ І ДПК. постгстррезекційних та постваготомних синдромів.

13 Принципи експертизи непрацездатності і реабілітації хворих, що перенесли операцію з приводу ВХШ І ДПК та при постгстррезекційних та постваготомних синдромах.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Зібрати анамнез у хворого з підозрою на ВХШ І ДПК.
2. Виявити основні клінічні ознаки та симптоми при різних клінічних формах ВХШ І ДПК.
3. Провести об'єктивне дослідження зони епігастральної ділянки (шлунка і ДПК).
4. Провести загальне об'єктивне обстеження органів черевної порожнини.
5. Визначити вільний газ в черевній порожнині.
6. Визначити наявність вільної рідини в черевній порожнині.
7. Визначити шум плескоти в черевній порожнині, межі шлунка.
8. Аргументувати і формулювати попередній діагноз.
9. Скласти план обстеження хворого і трактувати результати обстежень (загальний аналіз крові, дослідження шлункової секреції, оглядова рентгенограма органів черевної порожнини, рентгеноскопія і графія шлунка і ДПК, ЕГДС, визначення дефіциту ОЦК).
10. Визначити покази і протипокази до оперативного втручання, правильно обрати передопераційну підготовку, вид знечулення, оперативний доступ і вид втручання в залежності від клінічної форми ВХШ І ДПК, постгстррезекційних та постваготомних синдромів.
11. Визначити об'єм крововтрати.
12. Розрахувати корекцію порушень водно-електролітного обміну.
13. Оцінити результати рентгенологічного дослідження шлунка і ДПК.
14. Провести зондування шлунка і дванадцятипалої кишки.
15. Виписати рецепт на спазмолітики, антибіотики, знеболюючий препарат, медикаменти, щозастосовуються для лікування ВХШ і ДПК.

Еталони відповідей на тести:

1. А
2. А
3. А
4. А
5. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. А
2. А
3. Е
4. А
5. А

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ:

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М.Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

⋮

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

ТЕМА 10: ЗАХВОРЮВАННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ. ХВОРОБИ ПРЯМОЇ КИШКИ.ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ПРОМЕЖИНИ.

МЕТА: Засвоїти основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження пацієнтів із захворюваннями товстої та прямої кишки а також м'яких тканин промежини. Вміти діагностувати, знати ускладнення та показання до консервативного та хірургічного лікування геморою, особливості діагностики та хірургічного лікування гострого та хронічного парапроктиту. Вміти діагностувати, знатиклінічні особливості різних форм неспецифічного виразкового коліту та методи консервативного і хірургічного лікування. Знати клінічну діагностику

тріщин прямої кишки та методи консервативного і хірургічного їх лікування. Ознайомитися: з етіологічними теоріями, особливостями клінічного перебігу та сучасними методами лікування епітеліального куприкового ходу, опущення тазового дна, анокуприкового больового синдрому, піодермії промежини, перианальних дерматитів, рідкісних захворювань м'яких тканин промежини. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, виконувати пальпацію, перкусію та аускультацию, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при даних нозологіях.

Професійна орієнтація студентів:

Геморой – розповсюджене захворювання, яким страждає понад 10 % дорослого населення. Питома вага цієї патології серед недуг прямої кишкискладає біля 40 % (В.Д.Федоров,1984).

Гострий парапроктит – це гостре гнійне запалення навколопрямокишкової клітковини. На відміну від інших неспецифічних захворювань м'яких тканин промежини, таких як фурункул, карбункул, післяін'єкційний абсцес, цей гнійник має зв'язок з просвітом прямої кишки через морганієву крипту анального каналу. У зв'язку з тим, що гнійник має внутрішній отвір у просвіті прямої кишки, що у 90% є причиною його виникнення (Масляк В.М., 1990), тактика його лікування радикально відрізняється від тактики лікування при інших гострих абсцесах м'яких тканин. Перше описання неспецифічного виразкового коліту було зроблено у ХІХ сторіччі. З тих пір лікуванням даної патології займаються і терапевти, і хірурги. Етіологія та патогенез неспецифічного виразкового коліту до цього часу повністю не виявлені. Неясні і причини виникнення виразкового гранульоматозного коліту. До теперішнього часу немає єдиного погляду на принципи лікування неспецифічного виразкового коліту і гранульоматозного коліту, що вказує на актуальність теми і тепер.

Анальна тріщина – захворювання, яке у структурі недуг товстої кишки посідає третє місце. Частіше цією патологією страждають жінки.

Протягом останніх десятиліть в економічно розвинених країнах невпинно зростає кількість хворих з патологією тазового дна та м'яких тканин промежини. Постійний інтерес до вивчення хірургічних захворювань м'яких тканин промежини пов'язаний із зростанням захворюваності на дану патологію у всьому світі. Хірургічні захворювання м'яких тканин промежини (піодермії промежини, перианальні дерматити, синдром опущення тазового дна, прокталгія, кокцигодія, епітеліальні куприкові ходи) є найбільш поширеними їх проявами.

Різноманітні клінічні прояви, наявність тяжких ускладнень, які інколи ведуть до інвалідизації хворих і навіть летальних наслідків, а також зростання числа хворих на дану патологію з невирішеними питаннями диференціальної діагностики, необгрунтованим патогенетичним лікуванням і визначають необхідність подальшого дослідження даної патології.

ЕКХ розглядають як вроджений дефект шкіри внаслідок неповної редукції

м'язів хвоста. ЕКХ являє собою епітеліальну трубку (одну або декілька), розташовану в сідничній складці та не пов'язану з кістковими структурами цієї ділянки. В такій трубці може рости щетинкоподібне волосся, тому в англomовній літературі цю патологію називають „пілонідальний синус”.

Кінчасті конділоми – захворювання, спричинене папіломавірусом. Передається статевим шляхом. Кінчасті конділоми зазвичай локалізуються в перианальній ділянці, анальному каналі, статевих органах.

Піодермія промежини – бактеріальне ураження шкіри, сальних та потових залоз.

Порушення функцій тазового дна з клінічними проявами: порушення акту дефекації, випадінням прямої кишки, біль в ділянці промежини та тазу, нетримання сечі, випинання тканин в ділянці тазової воронки, опущення стінок піхви називається синдромом опущення тазового дна.

Прокталгія – болісні відчуття постійного або минушого характеру, що виникають в ділянці прямої кишки.

Кокцигодія – це біль в куприку, що посилюється при натисканні на нього.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності.

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 7. Здатність працювати в команді.

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 9. Спілкуватись державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою.

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології.

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК):

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів.

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної

допомоги.

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН):

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності.

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я.

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду

хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2).

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта.

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2).

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне,

оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи.

ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини.

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що

розглядається по темі(комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке

- обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, УЗД-кабінет) пояснити її необхідність пацієнту.
 7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної патології мається на увазі пальпація живота для визначення патогномонічних симптомів, УЗД правої здухвинної ділянки) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички.
 8. Провести те чи інше заплановане обстеження.
 9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
 10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
 12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та зайого згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірновиконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
 15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки захворювань тонкої та товстої кишки, захворювань м'яких тканин промежини, складає діагностичну програму, формулює діагноз.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, додаткових методів проводить диференціальний діагноз.

Робота 2.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки геморою, гострого та хронічного парапроктиту, синдрому опущення промежини, перианального дерматиту, кондиломатозу промежини, епітеліального куприкового ходу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, проводиться диференціальний діагноз.

Робота 3.

- Студент самостійно збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки неспецифічного виразкового коліту, складає діагностичну програму, формулює діагноз.
- На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, рентгенографій, іригоскопій, іригографій, ректороманоскопії, колоноскопії проводить диференціальний діагноз з гострою дизентерією, хворобою Крона, раком товстої кишки.

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Уміти виявити основні симптоми геморою.
2. Провести диференціальний діагноз.
3. Показання до консервативного і оперативного лікування.
4. Вміти виявити основні клінічні симптоми гострого та хронічного парапроктиту.
5. Показання до консервативного і оперативного лікування.
6. Уміти виявити основні клінічні симптоми неспецифічного виразкового коліту.
7. Діагностувати ускладнення неспецифічного виразкового коліту.
8. Призначити медикаментозне лікування.
9. Показання до хірургічного лікування.
10. Уміти виявити основні клінічні симптоми тріщини прямої кишки і поліпів.
11. Показання до консервативного і оперативного лікування.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

Тестові завдання

1. Пацієнтка С., 67 років скаржиться на тягнучий біль та наявність вип'ячування в анальній ділянці, нетримання газів та рідкого калу. Описані скарги має більше двох років. Спочатку вип'ячування в анальній ділянці з'являлося лише під час дефекації, пацієнтка вправляла його самостійно, зараз вип'ячування не вправляється. Під час огляду виявлено вип'ячування 4 см довжиною із анального каналу, яке покрите слизовою, зубчата лінія вивернена назовні. Який найбільш імовірний діагноз? Який метод лікування слід застосувати?

- A. Синдром опущення промежини: повне випадіння прямої кишки. Хірургічне лікування
- B. Синдром опущення промежини: неповне випадіння прямої кишки. Консервативне лікування
- C. Ковзна грижа
- D. Синдром опущення промежини: неповне випадіння прямої кишки. Хірургічне лікування
- E. Синдром опущення промежини: повне випадіння прямої кишки. Консервативне лікування

2. Хворий А., 32 р. скаржиться на значні труднощі, які виникають при акті дефекації, що виражаються в тривалих марних потугах і почутті неповного випорожнення прямої кишки. Який поставите попередній діагноз?

- A. Синдром опущення промежини
- B. Рак прямої кишки
- C. Хвороба Крона
- D. Хвороба Боуена
- E. Піодермія промежини

3. Під час амбулаторного огляду в поліклініці лікар виявив у хворої М., 28р., інфільтрацію шкіри промежини, індуративні зміни підшкірної клітковини, численні нориці з гнійними виділеннями, рубцева деформація тканин промежини. Попередній діагноз?

- A. Піодермія промежини
- B. Меланома
- C. Гостри парапроктит
- D. Перианальний дерматит
- E. Епітеліальне куприкове напруження

4. Пацієнт М., 43р. житель міста скаржиться на відчуття чужорідного тіла в області промежини, відчуття вологості шкіри цієї ділянки, іноді болі при дефекації і анальне свербіння. При зовнішньому огляді на шкірі навколо

заднього проходу визначаються описані вище утворення, а при пальцевому дослідженні прямої кишки пальпуються маленькі щільнуваті вузлики. Поставте діагноз?

- A. Кондиломатоз промежини
- B. Епітеліальне куприкове напруження
- C. Рак анального каналу
- D. Анальний поліпоз
- E. Неспецифічний виразковий коліт

5. Хвора А., 21р. скаржиться на біль різного характеру – від ниючого до пульсуючого, наявність пухлиноподібного утворення в ділянці міжсідничної

складки, відмічає гнійні виділення в крижово-куприковій ділянці. При огляді в між сідничній складці наявні гнійні нориці, шнуровидне ущільнення довжиною 10см, гіперемія та інфільтрація шкіри навколо. Поставте діагноз?

- A. Нагноєння епітеліальних куприкових ходів
- B. Анокуприковий больовий синдром
- C. Радикулопатія поперекового відділу хребта
- D. Гострий парапроктит
- E. Хвороба Педжета

6. Чоловік 56р., виявив в ділянці промежини пухлиноподібне утворення з нерівними краями, з часом хворий став відмічати дискомфорт від даного випинання. Звернувся до лікаря. При огляді в ділянці промежини поодинокі бляшка червонуватого відтінку, що складається із зливних плоских папул, з неправильними чіткими межами, вкрита серозно-геморагічними шкірочками, слабо інфільтрована, нагадує екзему. Поставте діагноз.

- A. Хвороба Боуена
- B. Хвороба Крона
- C. Піодермія промежини
- D. Тріщина заднього проходу
- E. Пара анальний дерматит

7. Хвора 45 років скаржиться на неприємні відчуття в ділянці прямої кишки та періодичні гнійні виділення. Хворіє 5 місяців. При огляді виявлено інфільтрацію шкіри промежини, індуративні зміни підшкірної клітковини, численні нориці з гнійними виділеннями, рубцева деформація тканин промежини. Сформулюйте діагноз?

- A. Піодермія промежини
- B. Внутрішній геморої, кровотеча, анемія.
- C. Рак прямої кишки, кровотеча, анемія..
- D. Гострий парапроктит
- E. Пара ректальна тератома з гнійним запливом

8. Хворий 46 років скаржиться на наявність утвору в ділянці заднього проходу, пропасницю. Хворіє 7 місяців. Із анамнезу ВІЛ-інфікований. При огляді в перианальній ділянці на 3 см від анального каналу пухлина, яка

виступає над рівнем шкіри і являє собою безболісний вузол. Із слів хворого захворювання прогресує повільно. Взято біопсію. Гістологічна структура пухлини характеризується численними хаотично розташованими тонкостінними судинами і пучками веретеноподібних клітин. Характерна інфільтрація пухлини лімфоцитами та макрофагами. Який діагноз?

- A. Саркома Капоші
- B. Рак анального каналу
- C. Пельвіоректальний парапроктит
- D. Хвороба Боуена
- E. Пара анальний дерматит

9. Хворий Р., 34 років виявляє скарги на тягучий біль та наявність вип'ячування в анальній ділянці, нетримання газів та рідкого калу. Описані скарги має більше шести років. Спочатку вип'ячування в анальній ділянці з'являлося лише під час дефекації, пацієнт вправляв його самостійно, зараз вип'ячування не вправляється. Під час огляду виявлено вип'ячування 6 см довжиною із анального каналу, яке покрите слизовою, зубчата лінія вивернена назовні. Ваш діагноз?

- A. Повне випадіння прямої кишки
- B. Хвороба Боуена
- C. Хвороба Крона
- D. Піодермія промежини
- E. Неповне випадіння сечового міхура

10. У хворого 29 років на лівій сідничній ділянці мають місце 3 невеликі отвори (до 2мм в діаметрі) з відділенням краплин гною і інфільтратом довкола них. Що треба застосувати для уточнення діагнозу?

- A. Фістулографія
- B. Зондове дослідження
- C. Ведення заборвлюючих речовин
- D. Ректороманоскопія
- E. Пальцьове дослідження

11. У хворої 24 років в проекції куприка виявлено 3 точкоподібних норицевих отвори з відділенням краплин гною. Про що треба думати?

A. Прикуприкові епітеліали

- B. Сифіліс
- A. Остеомієліт куприка
- B. Актиномікоз
- C. Параректальна нориця

12. Хворий В., 18р. скаржиться на біль ниючого характеру, наявність пухлиноподібного утворення в ділянці міжсідничної складки, відмічає гнійні виділення в крижово-куприковій ділянці. При огляді в міжсідничній складці наявні гнійні нориці, шнуровидне ущільнення довжиною 8см,

гіперемія та інфільтрація шкіри навколо. З нориць при надавлюванні підтікає гній. Ваш діагноз?

- A. Нагноєння епітеліальних куприкових ходів
- B. Остеомієліт куприка
- C. Гострокінцеві перианальні кондиломи
- D. Хвороба Боуена
- E. Гострий парапроктит

13. Пацієнт 24 років скаржиться на відчуття чужорідного тіла в області промежини, відчуття вологості шкіри цієї ділянки, іноді болі при дефекації і анальне свербіння. При огляді навколо анального каналу щільнуваті бородавчасті вузлики, які утворюють розростання типу кольорової капусти, різні за розмірами, рожево-коричневі. Ваш діагноз?

- A. Гострокінцеві перианальні кондиломи
- B. Хвороба Боуена
- C. Хвороба Крона
- D. Піодермія промежини
- E. Неповне випадіння сечового міхура

Ситуаційні задачі.

1. У хворої, 40 років, протягом 10 років періодично з'являються болі в ділянці анального каналу після акту дефекації та виділення яскраво-червоної крові. Протягом останніх двох днів з'явилася значна кровотеча після акту дефекації. Застосування консервативних засобів (гемостатична терапія) в умовах стаціонару не дало бажаного результату. Виражена анемія. При дослідженні ректальним дзеркалом із внутрішнього гемороїдального вузла виділяється кров. Діагноз? Тактика лікування?

2. У хворого, 35 років, протягом шести років періодично загострюється геморої. При цьому з'являються збільшені, різко болючі гемороїдальні вузли. Протягом останньої доби болі значно посилюються. Сечопуск затруднений. При огляді відмічаються збільшені гемороїдальні вузли темно-вишневого кольору на рівні 3, 7, 11 годинах умовного циферблату. Діагноз? Тактика лікування?

3. У хворого 40 років 2 дні тому з'явилися пульсуючі болі у перианальній ділянці, які посилювалися при дефекації. При огляді в навколоректальній ділянці на 2 см від ануса, на 9 год за умовним циферблатом гіперемія шкіри, припухлість, різко болючі при пальпації. Діагноз? Методи лікування?

4. У хворої 39 років 2 дні тому з'явився тупий, пульсуючий біль в ділянці анального отвору, підвищення температури тіла до 38°C. При огляді у перианальній ділянці від 4 до 8 год за умовним циферблатом на 2 см від анального отвору припухлість, гіперемія шкіри, при пальпації дана ділянка різко болюча.

Діагноз? Тактика лікування?

5. У хворого 43 років, на 5-й день після проктоколектомії з виведенням ілеостоми з приводу неспецифічного виразкового коліту з хронічним безперервним перебігом важкого ступеня виникли ознаки перитоніту. Відмічається підвищення температури, лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво.

Хірургічна тактика?

6. Хворий, 45 років, протягом 10 років страждає болями у животі, проносами до 6–8 разів на добу з домішками крові. Втратив у вазі за останній рік 12 кг. Неодноразово лікувався в стаціонарних умовах гастроентерологічного відділення, відмічаючи поліпшення тимчасово. При іригоскопії – тотальне ураження товстої кишки виразковим процесом. Відмічається підвищення температури тіла до 38°C, виражена анемія.

Діагноз? Тактика лікування?

7. Хвора, 35 років, скаржиться на болі у животі, стілець з виділенням слизу та крові до 10 разів на добу, загальну слабкість, недомагання. Змарніла на 10 кг. Вечірня температура підвищується до 39°C. Тривалість захворювання два тижні.

Попередній діагноз? Додаткові методи обстеження? План лікування?

У хворого, 32 років, після прийому спиртних напоїв з'явилися нестерпні болі у прямій кишці після дефекації, а також кровотеча. Сфінктер прямої кишки спазмований. Температура тіла в нормі. Діагноз? Додаткові методи обстеження? Лікування?

8. У хворого, 34 років, протягом останнього місяця відмічаються різкі болі після дефекації, кровотеча. При огляді анального каналу по задній стінці прямої кишки тріщина розміром 1,5x1,5 см. Дно рани інфільтроване, тверде при пальпації.

Про яке ускладнення тріщини слід думати? Хірургічна тактика?

9. У хворої, 25 років, з'явилися пекучі болі в ділянці ануса, які посилювалися після дефекації. Відмічає наявність лінійної стрічки яскраво-червоного кольору на калових масах.

Діагноз? Додаткові методи обстеження?

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Уміти виявити основні клінічні ознаки гострого апендициту, його атипових і ускладнених форм.
2. Провести обстеження органів черевної порожнини
3. Провести диференціальний діагноз.
4. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
5. Діагностувати ускладнення гострого апендициту.
6. Знати покази до оперативного лікування та основні етапи апендектомії.
7. Знати ускладнення апендектомії.
8. Знати ведення післяопераційного періоду, дати призначення хворому в післяопераційному періоді.
9. Проведення реабілітації та трудової експертизи у хворих після апендектомії.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Класифікацію геморою. Симптоматику геморою.
2. Обсяг обстеження хворих на геморой.
3. Ускладнення геморою та його лікування.
4. Консервативне та хірургічне лікування геморою.
5. Хірургічну анатомію параректальної клітковини.
6. Етіологію парапроктиту.
7. Класифікацію гострого парапроктиту.
8. Симптоматологію анаеробного парапроктиту.
9. Симптоматологію гнійного парапроктиту.
10. Діагностику та лікування ретроректального парапроктиту.
11. Діагностику анаеробного парапроктиту.
12. Обсяг обстеження хворих на гострий та хронічний парапроктит.
13. Диференціальну діагностику гострого парапроктиту і запалення епітеліальних куприкових ходів.
14. Диференціальну діагностику парапроктиту і раку прямої кишки.
15. Лікування гнійного парапроктиту.
16. Лікування анаеробного парапроктиту.
17. Причини виникнення нориць прямої кишки.
18. Класифікацію нориць прямої кишки.
19. Лікування нориць прямої кишки.
20. Етіологію неспецифічного виразкового коліту.
21. Класифікацію неспецифічного виразкового коліту.
22. Симптоматологію неспецифічного виразкового коліту легкого ступеня.
23. Симптоматологію неспецифічного виразкового коліту середньогоступеня.
24. Симптоматологію неспецифічного виразкового коліту важкого ступеня.
25. Діагностику неспецифічного виразкового коліту.
26. Диференціальну діагностику неспецифічного виразкового коліту і дивертикуліту.

27. Диференціальну діагностику неспецифічного виразкового коліту і дизентерії.
28. Диференціальну діагностику неспецифічного виразкового коліту і раку товстої кишки.
29. Ускладнення неспецифічного виразкового коліту.
30. Симптоматику перфорації кишки при неспецифічному виразковому коліті.
31. Симптоматику кровотечі при неспецифічному виразковому коліті.
32. Симптоматику стенозу кишки при неспецифічному виразковому коліті.
33. Симптоматику токсичної дилатації при неспецифічному виразковому коліті.
34. Лікування неспецифічного виразкового коліту легкого ступеня.
35. Лікування неспецифічного виразкового коліту середнього ступеня.
36. Лікування неспецифічного виразкового коліту тяжкого ступеня.
37. Особливості ведення хворих на неспецифічний виразковий коліт в післяопераційному періоді.
38. Ускладнення після операції з приводу неспецифічного виразкового коліту.
39. Причини виникнення тріщин прямої кишки.
40. Симптоматологію тріщин прямої кишки.
41. Консервативне і хірургічне лікування тріщин прямої кишки.
42. Діагностичну програму при поліпах прямої кишки і анальних тріщинах.
43. Ускладнення тріщин прямої кишки.
44. Назвіть особливості будови шкіри перианальної ділянки.
45. Які типи залоз зустрічаються в шкірі перианальної ділянки?
46. Яка гістологічна будова шкіри перианальної ділянки?
47. Назвіть основні шари епітелію шкіри перианальної ділянки.
48. Яка особливість морфологічної будови стінки прямої кишки?
49. Вкажіть особливості кровопостачання прямої кишки.
50. Назвіть основні фізіологічні функції товстої та прямої кишок.
51. Назвіть морфологічні відмінності ободової та прямої кишок.
52. Назвіть параректальні клітковинні простори.
53. Назвіть м'язи, які формують тазову діафрагму.
54. Назвіть нерви, які іннервують м'язи тазової діафрагми.
55. Які судини здійснюють кровопостачання тазової діафрагми?
56. Назвіть теорії етіопатогенезу епітеліального куприкового ходу.
57. Назвіть клінічні ознаки епітеліального куприкового ходу.
58. Назвіть основні ускладнення епітеліального куприкового ходу.
59. Що таке первинні та вторинні нориці при епітеліальному куприковому ході?
60. Яка лікувальна тактика при абсцедуванні епітеліального куприкового ходу?
61. Які можливі варіанти закриття післяопераційної рани після висічення епітеліального куприкового ходу?
62. Які збудники спричиняють розвиток гострокінцевих кондилом перианальної ділянки?
63. До якої родини належать збудники гострокінцевих кондилом?
64. Які ще захворювання людини спричиняють папіломавіруси?
65. Що таке гігантські кондиломи Бушке-Левенштейна?
66. З якими захворюваннями необхідно диференціювати гострокінцеві

- кондиломиперианальної ділянки?
67. Які існують можливості терапевтичного впливу на гострокінцевікондиломи?
 68. Які противірусні препарати використовуються для лікування гострокінцевих кондилом?
 69. Які функції виконує тазова діафрагма?
 70. Які м'язи беруть участь в механізмі анальної континенції?
 71. Якими патологічними станами супроводжується синдром опущеннятазового дна?
 72. Які ще спеціалісти повинні оглянути пацієнта з синдромом опущеннятазового дна?
 73. Які додаткові методи дослідження повинні використовуватись для діагностикисиндрому опущення тазового дна?
 74. Які сучасні методи лікування синдрому опущення тазового дна?
 75. Поясніть сучасні погляди на етіопатогенез прокталгії.
 76. Які бувають варіанти клінічного перебігу прокталгії?
 77. Які принципи лікування прокталгії?
 78. Як класифікують кокцигодинію?
 79. Які можливі причини кокцигодинії?
 80. Які додаткові методи дослідження необхідновикористати для діагностики кокцигодинії?
 81. Назвіть сучасні методи лікування кокцигодинії.
 82. Які оперативні втручання є патогенетично обгрунтованими прикокцигодинії?
 83. Які збудники спричиняють розвиток піодермії промежини?
 84. Які патологічні стани найчастіше сприяють розвитку піодерміїпромежини?
 85. Як класифікують піодермію промежини?
 86. З якими захворюваннями необхідно диференціювати піодермію промежини?
 87. Назвіть сучасні методи лікування піодермії промежини.
 88. Які ви знаєте варіанти пластичного закриття ранових дефектів після операцій зприводу піодермії промежини?
 89. Дайте визначення саркоми Капоші.
 90. Маркером якої інфекції є саркома Капоші?
 91. На які варіанти поділяють саркому Капоші?
 92. Який варіант саркоми Капоші найбільш поширений на територіїУкраїни?
 93. Які існують методи діагностики саркоми Капоші?
 94. Які існують методи лікування саркоми Капоші?
 95. Що таке хвороба Боуена?
 96. В якому шарі епітелію відбувається дисплазія клітин при хворобіБоуена?
 97. Дайте короткий опис уражень при хворобі Боуена.
 98. З якими захворюваннями необхідно диференціювати хворобу Боуена?
 99. Які додаткові методи використовуються для діагностики хворобиБоуена?
 100. Які захворювання часто супроводжує хвороба Боуена?
 101. Назвіть основні методи лікування хвороби Боуена.

102. Дайте визначення меланоми.
103. З який клітин розвивається меланома?
104. Які виділяють типи меланоми?
105. Які основні шляхи метастазування меланоми?
106. Які використовуються методи діагностики пігментних невусів?
107. За якими ознаками оцінюють небезпечність пігментного невуса під час дерматоскопії?
108. Які додаткові методи дослідження використовуються для діагностики метастазів меланоми?
109. Де повинні отримувати лікування хворі на меланому?
110. Які існують основні методи лікування меланоми?

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Виявити клінічний перебіг захворювань тонкої та товстої кишки.
2. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
3. Провести диференціальну діагностику.
4. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.
5. Виявити основні клінічні ознаки гострого та хронічного парапроктиту.
6. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
7. Провести диференціальний діагноз.
8. Обґрунтувати тактику хірургічного лікування.
9. Виявити основні види неспецифічного виразкового коліту залежно від форми (гостра, хронічна), тяжкості протікання і обширності поразення.
10. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
11. Провести диференціальний діагноз.
12. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.
13. Виявити захворювання, які сприяють утворенню тріщини, поліпів.
14. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
15. Провести диференціальний діагноз.
16. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.
17. Виявити клінічний перебіг захворювань м'яких тканин промежини.
18. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
19. Провести диференціальну діагностику.
20. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.
21. Виявити основні клінічні ознаки синдрому опущення промежини, піодермії промежини, перианального дерматиту.
22. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
23. Провести диференціальний діагноз.
24. Обґрунтувати тактику хірургічного лікування.
25. Виявити основні клінічні ознаки кондиломатозу промежини, епітеліального куприкового погруження, анокуприкового больового синдрому.
26. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
27. Провести диференціальний діагноз.
28. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.

29. Виявити основні клінічні ознаки рідкісних захворювань промежини.
30. Обґрунтувати і сформулювати діагноз.
31. Провести диференціальний діагноз.
32. Обґрунтувати консервативне і оперативне лікування.

Еталони відповідей на тести:

1. E
2. C
3. B
4. E
5. D

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. A
2. E
3. C
4. A
5. B

**ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ
ОСНОВНІ:**

1. Хірургія/ за ред Л.Я. Ковальчука.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2010.- 1056 с.
2. Хірургія : підручник / [Я.С. Березницький, О.В. Білов, Л.С. Білянський та ін.] За ред.Березницького Я.С.— Вінниця: Нова Книга, 2020. — 528 с.
3. Хірургія: підручник / О.Ю. Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. — 5-е видання. 2021.416 с.
4. Ендоскопічна і роботизована хірургія : навчальний посібник / За ред. В.М.Запорожана, В.В. Грубника, Я. Боньєра // К.: Медицина. — 2023. — 558 с.
5. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ:

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В.Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592 с.
2. Тиреоїдна хірургія / С.Й. Рибаків, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П.Павловський [та ін.] – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 424 с.

Тема №11. ЕГДС, покази та протипокази, методика виконання

Мета: дізнатися про покази та протипокази до виконання ЕГДС, діагностичні можливості, методику виконання, найбільш часту патологію, що виявляється під час обстеження

Професійна орієнтація студентів: Езофагогастродуоденоскопія - це сучасний метод візуалізації і подальшого обстеження стінок слизової оболонки верхніх шляхів травного тракту, а саме: стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. Можливості ендоскопічного

методу дослідження верхніх відділів травного тракту не обмежуються візуальним оглядом їх порожнин, стінок і взяттям біопсій. Існує цілий ряд додаткових методів, які використовуються під час ендоскопії (хромоендоскопія, трансендоскопічна рН-метрія та ін.). Чим більше додаткових методів використовується при ендоскопічному дослідженні, тим ближче його опис і висновок до істинного діагнозу.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної

діяльності

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу

захворювання

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної

допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за

списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну

бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.

5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчувати пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.

6. За потреби транспортування до місця обстеження (кабінет ендоскопії) пояснити її необхідність пацієнту.

7. Підготуватись до проведення обстеження – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.

8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.

9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.

10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.

11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.

12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.

13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.

15. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає покази

до проведення ЕГДС

Робота 2.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає протипокази до проведення ЕГДС

Робота 3.

Студенти вивчають принцип роботи гастроскопа

Робота 4.

Студенти вивчають методику проведення ЕГДС

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Коли ЕГДС загалом показана.
2. Коли ЕГДС загалом не показана.
3. Коли ЕГДС послідовно або періодично може бути показана.
4. Коли ЕГДС послідовно або періодично загалом не показана.
5. Індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання.
6. Індикатори якості періоду виконання ендоскопічного втручання.
7. Індикатори якості періоду після ендоскопічного втручання.
8. Абсолютні та відносні протипокази до виконання ЕГДС.
9. Особливості харчового режиму перед виконанням ЕГДС.
10. Премедикація перед виконанням ЕГДС.
11. Методика виконання ЕГДС.
12. Типи гастроскопів, що використовуються для обстеження.
13. Принцип функціонування гастроскопа та його схематичну будову.
14. Анатомія і фізіологія стравоходу. Гістологія слизової оболонки
15. Анатомія і фізіологія шлунка. Гістологія слизової оболонки
16. Анатомія дванадцятипалої кишки. Гістологія слизової оболонки

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Обов'язкове медикаментозне підготування при ЕГДС необхідне:
 - A. Для усіх хворих
 - B. У збудливих хворих, а також у хворих із схильністю до алергічних реакцій
 - C. У хворих літнього віку
 - D. Нікому не потрібне
 - E. Потрібне всім
2. Оптимальне положення хворого при виконанні початкового етапу

гастродуоденоскопії:

- A. Сидячи на низькому стільчику
- B. Лежачи на лівому боці
- C. Лежачи на спині
- D. Лежачи на животі
- E. Лежачи на правому боці

3. Вхід у стравохід має:

- A. Форму щілини, розташованої в сагітальній площині
- B. Форму невеликого рівнобедреного трикутника
- C. Форму щілини, розташованої у фронтальній площині
- D. Округлу форму
- E. Індивідуальну

4. Оптимальним вважається послідовний огляд усіх відділів шлунка:

- A. В міру просування ендоскопа від кардії до його вихідного відділу
- B. Шлунок детально вивчають під час виймання апарата
- C. Під час введення апарата і при його вийманні
- D. Індивідуально
- E. За показами

5. При дуоденоскопії вертикальну складку і великий дуоденальний сосок найбільш часто можна виявити:

- A. На задній стінці вертикальної частини 12-палої кишки
- B. На медіальній стінці вертикальної частини 12-палої кишки
- C. На передній стінці вертикальної частини 12-палої кишки
- D. Зверху
- E. Знизу

6. Закінчуючи важку і тривалу ЕГДС, необхідно:

- A. Підняти верхню частину тулуба хворого
- B. Повернути хворого на живіт
- C. Аспірувати повітря із шлунку
- D. Промити шлунок водою
- E. Повернути хворого на правий бік

7. ЕГДС загалом показана:

- A. Скарги з боку верхніх відділів живота, які утримуються, не зважаючи на відповідну терапію.

- В. Скарги з боку верхніх відділів живота, що супроводжуються іншими симптомами, що наводять на думку про важке захворювання (анорексія, втрата ваги тощо) у пацієнтів віком понад 45 років.
 - С. Дисфагія або одиофагія.
 - Д. Симптоми стравохідного рефлюксу, що персистують або рецидивують незважаючи на відповідну терапію.
 - Е. Все перераховане вірно
8. Індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання:
- А. ЕГДС необхідно проводити за рекомендованими показаннями.
 - В. Перед проведенням ЕГДС отримати інформовану згоду, у т.ч. обговорити можливий ризик, пов'язаний з втручанням.
 - С. Антибіотики профілактично призначають пацієнтам з цирозом печінки і гострою ШКК з верхніх відділів травного тракту, яким виконують ЕГДС.
 - Д. Антибіотики профілактично призначають перед виконанням черезшкірної ендоскопічної гастростомії — РЕГ, черезшкірної ендоскопічної еюностомії - JРЕГ.
 - Е. Все перераховане вірно
9. Індикатори якості періоду виконання ендоскопічного втручання:
- А. Необхідно проводити повне обстеження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, у т.ч. огляд шлунка в інверсії.
 - В. ЕГДС необхідно проводити за рекомендованими показаннями.
 - С. Нагляд за пацієнтами з атрофічним гастритом, перніціозною анемією та після операцій на шлунку з приводу доброякісних захворювань.
 - Д. Нагляд за загоєними доброякісними захворюваннями (езофагіт, виразки ДПК).
 - Е. Нічого з перерахованого
10. Індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання:
- А. ЕГДС необхідно проводити за рекомендованими показаннями.
 - В. При виявленні вистеленого циліндричним епітелієм стравоходу (CLE) він вимірюється згідно з Празькою класифікацією "С&М". Біопсія проводиться в усіх випадках CLE для визначення наявності спеціалізованого кишкового епітелію. Її рекомендується виконувати після одномісячного курсу лікування стандартними дозами ІПП.
 - С. При виявленні виразки шлунка або ДПК необхідно проводити тестування на наявність *Helicobacter pylori*.
 - Д. Тип ураження, що є джерелом шлунково-кишкових кровотеч, описується та документується з визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі - стигмат.
 - Е. За відсутності протипоказань виконується ендоскопічна зупинка

активної кровотечі та проводиться профілактика рецидиву кровотечі при тромбованих судинах і фіксованих згустках.

Ситуаційні задачі:

1. Хворий К. 50 років, звернувся до хірургічного закладу із скаргами на наявність болю в епігастральній ділянці, гіперсалівацію, порушення проходження їжі, блювоту практично після кожного прийому їжі, схуднення, наявність підвищення температури тіла до 37,2 С. Подібні скарги турбують хворого протягом 3-4 місяців. Звернувся вперше. Який відділ ШКТ найбільш вірогідно вражений у хворого?

- А. Стравохід
- В. Верхня третина тіла шлунку
- С. Антральний відділ шлунку

2. Хворий К. 50 років, звернувся до хірургічного закладу із скаргами на наявність болю в епігастральній ділянці, гіперсалівацію, порушення проходження їжі, блювоту практично після кожного прийому їжі, схуднення, наявність підвищення температури тіла до 37,2 С. Подібні скарги турбують хворого протягом 3-4 місяців. Звернувся вперше. Які основні симптоми свідчать про враження стравоходу?

- А. Болі в епігастральній ділянці
- В. Гіперсалівація
- С. Порушення проходження їжі

3. Хворий К., 43 років, був доставлений до ургентного хірургічного стаціонару зі скаргами на слабкість, одноразову втрату свідомості, наявність рідкого чорного калу, нудоту, сухість в роті. Подібний стан вперше розвинувся 2 доби тому. В анамнезі періодичні болі в епігастральній ділянці, що виникали сезонно, супроводжувались нудотою, блювотою з полегшенням стану. Лікувався самостійно. АТ 100/60 мм рт ст., пульс 98 в хв. Який попередній діагноз?

- А. Виразкова хвороба
- В. Гострий холецистит
- С. Гострий панкреатит

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Коли ЕГДС загальною показана.

2. Коли ЕГДС загалом не показана.
3. Коли ЕГДС послідовно або періодично може бути показана.
4. Коли ЕГДС послідовно або періодично загалом не показана.
5. Індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання.
6. Індикатори якості періоду виконання ендоскопічного втручання.
7. Індикатори якості періоду після ендоскопічного втручання.
8. Абсолютні та відносні протипокази до виконання ЕГДС.
9. Особливості харчового режиму перед виконанням ЕГДС.
10. Премедикація перед виконанням ЕГДС.
11. Методика виконання ЕГДС.
12. Типи гастроскопів, що використовуються для обстеження.
13. Принцип функціонування гастроскопа та його схематичну будову.
14. Анатомія і фізіологія стравоходу. Гістологія слизової оболонки
15. Анатомія і фізіологія шлунка. Гістологія слизової оболонки
16. Анатомія дванадцятипалої кишки. Гістологія слизової оболонки

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ

1. Знати, коли ЕГДС загалом показана.
2. Знати, коли ЕГДС загалом не показана.
3. Знати, коли ЕГДС послідовно або періодично може бути показана.
4. Знати, коли ЕГДС послідовно або періодично загалом не показана.
5. Знати індикатори якості періоду до ендоскопічного втручання.
6. Знати індикатори якості періоду виконання ендоскопічного втручання.
7. Знати індикатори якості періоду після ендоскопічного втручання.
8. Знати абсолютні та відносні протипокази до виконання ЕГДС.
9. Знати особливості харчового режиму перед виконанням ЕГДС.
10. Знати премедикацію перед виконанням ЕГДС.
11. Знати методику виконання ЕГДС.
12. Знати типи гастроскопів, що використовуються для обстеження.
13. Знати принцип функціонування гастроскопа та його схематичну будову.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ

1. Готувати пацієнта до виконання ЕГДС
2. Користуватися гастроскопом
3. Проводити премедикацію перед ЕГДС
4. Надавати першу допомогу при виникненні ускладнень під час ЕГДС

Еталони відповідей на тести:

1. В
2. В
3. С
4. С
5. В
6. С
7. Е
8. Е
9. А
10. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. А
2. С
3. А

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ

ВИДАНЬ ОСНОВНІ

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592
2. Ендоскопія внутрішніх органів / Євтушенко О. І., Захараш М. П., Ковальчук Л. Я.,

- Поляченко Ю. В., Фещенко Ю. І., Максимлюк В. І. Київ, Вістка, 2008, с. 9-47.
3. Clinical Gastrointestinal Endoscopy, 3rd Edition / Vinay Chandrasekhara B. Joseph Elmunzer Mouen Khashab V. Raman Muthusamy, 2018
 4. Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 6th Edition by Peter B. Cotton (Author), Christopher B. Williams (Author), Robert H. Hawes (Contributor), Brian P. Saunders (Contributor), 2019

ДОДАТКОВІ

1. Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 7th Edition, 2020
2. Endoscopic Biopsy Interpretation : A Practical Guide / M. Priyanthi Kumarasinghe , Ian Brown. 2018
3. Innovations in Gastrointestinal Endoscopy Edited by Prateek Sharma , Edited by Nageshwar Reddy, 2021
4. Practical Pediatric Gastrointestinal Endoscopy 3rd Edition by George Gershman, Mike Thomson, 2018
5. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set: Pathophysiology, Diagnosis, Management 11th Edition, 2020

Тема №12. Колоноскопія, покази та протипокази, методика

виконання

Мета: дізнатися про покази та протипокази до виконання колоноскопії, діагностичні можливості, методику проведення, найбільш часту патологію, що виявляється під час обстеження

Професійна орієнтація студентів: Колоноскопія – вид ендоскопічної діагностики, який дозволяє повністю оглянути товстий кишківник. Обстеження бажано проводити під знечуленням, оскільки процедура досить дискомфортна для пацієнта. Під час колоноскопії ендоскоп просувається від прямої до тонкої кишки. Таким чином детально оглядається вся товста кишка. При необхідності можливе також введення колоноскопа в тонку кишку. В ході дослідження проводиться подача повітря чи вуглекислого газу в просвіт кишки для розправлення її стінки. Під час процедури лікар- ендоскопіст досліджує стан слизової оболонки товстої кишки і може побачити практично всі можливі її зміни. Знання особливостей ендоскопічної анатомії дозволяє йому орієнтуватися в просвіті кишки і визначати розташування апарату за характерними ендоскопічними ознаками. Серед доступних в даний час методів виявлення раку

товстої кишки колоноскопія є найбільш достовірним. Загальний огляд, променеві методи діагностики (ультразвук, рентген, томографія) можуть допомогти в постановці діагнозу.

Однак вони є допоміжними і тільки колоноскопія дозволяє лікарю без хірургічного втручання заглянути всередину кишечника і безпосередньо побачити стан кишкової стінки.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів

лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (кабінет ендоскопії)

пояснити її необхідність пацієнту.

7. Підготуватись до проведення обстеження– помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
15. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає покази до проведення колоноскопії

Робота 2.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає протипокази до проведення колоноскопії

Робота 3.

Студенти вивчають методику проведення колоноскопії

Робота 4.

Студенти вивчають методику проведення огляду в інверсії

Робота 5.

Студенти вивчають методику входу в термінальний відділ тонкої кишки

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Покази до проведення колоноскопії
2. Абсолютні протипокази до проведення колоноскопії
3. Відносні протипокази до проведення колоноскопії
4. Харчовий режим напередодні колоноскопії
5. Медикаментозна підготовка перед колоноскопією
6. Топографічна анатомія товстого кишківника
7. Топографічна анатомія тонкого кишківника
8. Методика проведення колоноскопії.
9. Анатомія і фізіологія тонкої кишки
10. Анатомія і фізіологія товстої кишки. Гістологія слизової оболонки
11. Анатомія і фізіологія тазового дна і анального каналу
12. Покази до проведення ургентної колоноскопії
13. Методика очищення товстого кишківника перед проведенням ургентної колоноскопії.
14. Особливості проведення колоноскопії у дітей

Тестові завдання:

1. Планова колоноскопія протипоказана при:
 - A. Кишкових кровотечах
 - B. Підозрі на доброякісні і злоякісні пухлини
 - C. Гострих інфекційних захворюваннях і перитоніті
 - D. Вираженому запальному процесі і звуженні кишки
 - E. Геморої

2. Екстрена колоноскопія протипоказана при:
- A. Клінічній картині кишкової непрохідності безпосередньо при поступленні хворого
 - B. Гострій кровотечі, на її висоті
 - C. Агональному стані хворого
 - D. Перезбудженні хворого
 - E. Коли хворий спить
3. Найбільш ретельне очищення кишечника для колоноскопії здійснюється при:
- A. Багатоденній традиційній підготовці кишечника
 - B. Диференційній підготовці кишечника індивідуально для кожного пацієнта
 - C. Прискореній підготовці кишечника по Сакаї, Вольфу, Шуніа
 - D. Очисних клізмах
 - E. У жодному випадку
4. Медикаментозна підготовка до колоноскопії:
- A. Обов'язкова
 - B. Не обов'язкова
 - C. За індивідуальними показами
 - D. Перед ЕГДС
 - E. Перед дуоденоскопією
5. Виконання тотальної колоноскопії найбільш раціональне:
- A. Методом прошовування ендоскопа
 - B. Ротаційним методом
 - C. Ротаційним методом із застосуванням поетапного і ручного притримування асистентом
 - D. У всіх випадках
 - E. Неможливе
6. Планова колоноскопія протипоказана при:

- A. Кишкових кровотечах
- B. Підозрі на доброякісні і злоякісні пухлини
- C. Гострих інфекційних захворюваннях і перитоніті, звуженні кишки
- D. Вираженому запальному процесі кишківника
- E. Діареї

7. Для незміненої сигмовидної кишки характерна наступна ендоскопічна семіотика:

- A. Округлий просвіт з чіткими міжгаустральними складками і чіткими міжгаустральними проміжками
- B. Трикутний просвіт, із світлою слизовою в дистальному відділі, відсутністю судинного малюнку
- C. Округлий просвіт, добре виражений судинний малюнок, значні міжгаустральні проміжки
- D. Трикутна форма просвіту, м'язові тяги в дистальній частині наявність слизу
- E. Все перераховане

8. До правого згину ободової кишки прилягає:

- A. 12-пала кишка, жовчевий міхур, селезінка
- B. Ліва нирка, печінка, 12-пала кишка
- C. Права нирка, 12-пала кишка, жовчевий міхур
- D. Права частка печінки, підшлункова залоза, жовчевий міхур
- E. Шлунок

9. Середня довжина сліпої кишки:

- A. 3 см
- B. 7 см
- C. 15 см
- D. 2 см
- E. 5 см

10. Середня довжина висхідної кишки:

- A. 10 см
- B. 20 см
- C. 30 см
- D. 15 см
- E. 25 см

Ситуаційні задачі:

1. Хворий 56 років скаржиться на наявність нерегулярного стільця, наявність крові в калі. Подібні скарги тривають протягом півроку, але останнім часом турбує здуття живота, наявність порушень відходження калу та газів, схуднення. Які методи дослідження є найбільш інформативними?

- A. Ирригоскопія
- B. УЗД
- C. Колоноскопія

2. Хворий 82 років скаржиться на болі по всьому животі, затримку відходження калу та газів, здуття живота. Хворіє протягом 3 діб. Об'єктивно – живіт піддутий, в диханні участі не приймає, реагує на пальпацію в нижніх відділах. ЧД – 25 у хв, АТ 90/70 мм.рт.ст., ЧСС – 100 у хв. Вкажіть метод дослідження, що має бути найбільш ефективним

- A. Езофагогастроуденоскопія
- B. Колоноскопія
- C. Лапароскопія

3. Хвора А. 45 років, звернулась в клініку зі скаргами на загальну слабкість, біль в животі, схуднення, наявність в калі слизу з домішками крові. При ректоскопії виявлений поліп на тонкій ніжці, без ознак запалення. Визначте потрібний метод подальшої діагностики?

- A. Колоноскопія
- B. Комп'ютерна томографія
- C. Обзорна рентгенографія

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Покази до проведення колоноскопії
2. Абсолютні протипокази до проведення колоноскопії
3. Відносні протипокази до проведення колоноскопії
4. Харчовий режим напередодні колоноскопії
5. Медикаментозна підготовка перед колоноскопією
6. Топографічна анатомія товстого кишківника
7. Топографічна анатомія тонкого кишківника
8. Методика проведення колоноскопії.

9. Анатомія і фізіологія тонкої кишки
10. Анатомія і фізіологія товстої кишки. Гістологія слизової оболонки
11. Анатомія і фізіологія тазового дна і анального каналу
12. Покази до проведення ургентної колоноскопії
13. Методика очищення товстого кишківника перед проведенням ургентної колоноскопії.
14. Особливості проведення колоноскопії у дітей

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ

1. Знати покази до проведення колоноскопії
2. Знати абсолютні протипокази до проведення колоноскопії
3. Знати відносні протипокази до проведення колоноскопії
4. Знати харчовий режим напередодні колоноскопії
5. Знати медикаментозну підготовку перед колоноскопією
6. Знати топографічну анатомію товстого кишківника
7. Знати топографічну анатомію тонкого кишківника
8. Знати методику проведення колоноскопії.
9. Знати анатомію і фізіологію тонкої кишки
10. Знати анатомію і фізіологію товстої кишки. Гістологію слизової оболонки
11. Знати анатомію і фізіологію тазового дна і анального каналу
12. Знати покази до проведення ургентної колоноскопії
13. Знати методику очищення товстого кишківника перед проведенням ургентної колоноскопії.
14. Знати особливості проведення колоноскопії у дітей

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ

1. Готувати пацієнта до виконання колоноскопії
2. Користуватися колоноскопом
3. Проводити диференційну діагностику між найбільш частими захворюваннями товстого кишківника
4. Надавати першу допомогу при виникненні ускладнень під час колоноскопії

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. С
3. В
4. С
5. С
6. С
7. С

8. С
9. В
10. В

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. С
2. С
3. А

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592
2. Ендоскопія внутрішніх органів / Євтушенко О. І., Захараш М. П., Ковальчук Л. Я., Поляченко Ю. В., Феценко Ю. І., Максимлюк В. І. Київ, Вістка, 2008, с. 9-47.
3. Clinical Gastrointestinal Endoscopy, 3rd Edition / Vinay Chandrasekhara B. Joseph Elmunzer Mouen Khashab V. Raman Muthusamy, 2018
4. Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 6th Edition by Peter B. Cotton (Author), Christopher B. Williams (Author), Robert H. Hawes (Contributor), Brian P. Saunders (Contributor), 2019

ДОДАТКОВІ

1. Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 7th Edition, 2020
2. Endoscopic Biopsy Interpretation : A Practical Guide / M. Priyanthi Kumarasinghe , Ian Brown. 2018
3. Innovations in Gastrointestinal Endoscopy Edited by Prateek Sharma , Edited by Nageshwar Reddy, 2021
4. Practical Pediatric Gastrointestinal Endoscopy 3rd Edition by George Gershman, Mike Thomson, 2018
5. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set: Pathophysiology, Diagnosis, Management 11th Edition, 2020

Тема №13. Методи обстеження тонкого кишківника

Мета: дізнатися про діагностику тонкого кишківника за допомогою двобалонної та капсульної ендоскопії

Професійна орієнтація студентів Тонка кишка має значну довжину, велику кількість згинів, рухома і, внаслідок цього, її відділи надзвичайно важко дослідити.

Завдяки сучасним променевим методикам дослідження значно покращилася діагностика її захворювань, проте навіть тривимірна реконструкція зображення (віртуальна ендоскопія) не спроможна виявити значну кількість необ'ємних захворювань, проте застосування двобалонної та капсульної ендоскопії дають таку можливість.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів

лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під

контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).
ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (кабінет ендоскопії) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження– помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.

9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.

10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.

11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.

12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.

13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.

14. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.

15. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає покази до проведення двобалонної ендоскопії

Робота 2.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя пацієнта, визначає протипокази до проведення капсульної ендоскопії

Робота 3.

Студенти вивчають методику проведення капсульної ендоскопії

Робота 4.

Студенти вивчають методику проведення двобалонної ендоскопії

Робота 5.

Студенти вивчають особливості харчового режиму напередодні обстеження тонкого кишківника

Семинарське обговорення теоретичних питань

1. Суть методу двобалонної ендоскопії
2. Покази до проведення двобалонної ендоскопії
3. Протипокази до проведення двобалонної ендоскопії
4. Можливості двобалонної ендоскопії
5. Переваги двобалонної ендоскопії
6. Загальні побічні ефекти після двобалонної ендоскопії
7. Компоненти двобалонної ендоскопічної системи
8. Покази до проведення капсульної ендоскопії
9. Протипокази до проведення капсульної ендоскопії
10. Ускладнення, що виникають при капсульній ендоскопії
11. Недоліки капсульної ендоскопії
12. Підготовка до капсульної ендоскопії
13. Методика проведення капсульної ендоскопії
14. Анатомія тонкого кишківника

Контролююча частина заняття

Тестові завдання:

1. Покази до капсульної ендоскопії:
 - A. Біль у животі невідомого генезу при нормальних результатах гастроскопії і колоноскопії;
 - B. Прихована шлунково-кишкова кровотеча
 - C. Хвороба Крона;
 - D. Целіакія (глютенова ентеропатія)
 - E. Все перераховане вірно

2. Протипокази до капсульної ендоскопії:

- A. Запаморочення
- B. Кашель
- C. Блювота
- D. Нудота
- E. Кардіостимулятор або дефібрилятор у пацієнта

3. Покази до виконання двобалонної ендоскопії:

- A. Шлунково-кишкова кровотеча нез'ясованого генезу
- B. При клінічних чи рентгенологічних даних про наявність доброякісних або злоякісних новоутворів товстої кишки;
- C. При будь-якому процесі в товстій кишці, коли для встановлення діагнозу необхідна морфологічна верифікація;
- D. З метою скринінгу колоректального раку всім пацієнтам старше 45 років
- E. При поліпах прямої кишки, виявлених при ректороманоскопії

4. Капсульна ендоскопія виконується під:

- A. Загальним наркозом
- B. Місцевою анестезією
- C. Не потребує анестезії
- D. Загальним наркозом в положенні лежачи
- E. Загальним наркозом в положенні сидячи

5. Двобалонна ендоскопія виконується під:

- A. Загальним наркозом
- B. Місцевою анестезією
- C. Не потребує анестезії.
- D. Місцевою анестезією з премедикацією спазмолітиками
- E. Місцевою анестезією з премедикацією піногасниками

6. Серед органів травного тракту рак найрідше уражує:

- A. Стравохід
- B. Шлунок
- C. Тонку кишку
- D. Товсту кишку
- E. Пряму кишку

7. Переваги двобалонної ендоскопії

- A. Займає від 15 хвилин до 1 години
- B. Займає від 30 хвилин до 1 години
- C. Займає від 45 хвилин до 2 годин
- D. Займає від 2 до 3 годин
- E. Займає від 3 до 4 годин

8. Ускладнення, що виникають при капсульній ендоскопії

- A. Обструкція просвіту тонкого кишечника відеокапсулою
- B. Перфорація
- C. Опромінення
- D. Кровотеча
- E. Пенетрація

9. Можливості двобалонної ендоскопії

- A. Зупинка кровотечі
- B. Видалення поліпів
- C. Дилатація стриктур або стенозування
- D. Поєднання ендоскопії з рентгенологічним обстеженням
- E. Всі перераховані

10. Найтипівіші побічні ефекти після двобалонної ендоскопії

- A. Біль в горлі
- B. Абдомінальний біль
- C. Закрепи
- D. Діарея
- E. Запаморочення

Ситуаційні задачі:

1. Хворий 56 років скаржиться на наявність нерегулярного стільця, наявність слизу в калі. Подібні скарги тривають протягом півроку, але останнім часом турбує здуття живота, наявність порушень відходження калу та газів, схуднення. Які методи дослідження є найбільш інформативними?

- A. ЕГДС
- B. УЗД
- C. Капсульна ендоскопія

2. Хворий К., 43 років, був доставлений до ургентного хірургічного стаціонару зі скаргами на слабкість, одноразову втрату свідомості, нудоту, сухість в роті. Подібний стан вперше розвинувся 2 доби тому. В анамнезі періодичні болі в нижній частині живота. Лікувався самостійно. АТ 100/60 мм рт ст., пульс 98 в хв. На КТ, колоноскопії і ЕГДС патології еневиявлено. Які методи дослідження необхідні для встановлення діагнозу?

- A. Обзорна рентгенографія черевної порожнини
- B. Езофагогастродуоденоскопія
- C. Двобалонна ендоскопія

3. Хвора Н. 72 років звернулася до медичного закладу в ургентному порядку із скаргами на болі в животі, що носять розлитий характер, слиз в калі, метеоризм. Подібні скарги виникли вперше. При об'єктивному огляді – хвора реагує на пальпацію в навколупупкової ділянці. Язик сухий. АТ 90/60 мм.рт.ст., пульс 98 в хв. слабого наповнення. Назвіть методи дослідження для встановлення правильного діагнозу.

- A. Обзорна Ro-графія черевної порожнини
- B. Езофагогастродуоденоскопія
- C. Двобалонна ендоскопія

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Суть методу двобалонної ендоскопії
2. Покази до проведення двобалонної ендоскопії
3. Протипокази до проведення двобалонної ендоскопії
4. Можливості двобалонної ендоскопії
5. Переваги двобалонної ендоскопії
6. Загальні побічні ефекти після двобалонної ендоскопії
7. Компоненти двобалонної ендоскопічної системи
8. Покази до проведення капсульної ендоскопії
9. Протипокази до проведення капсульної ендоскопії
10. Ускладнення, що виникають при капсульній ендоскопії
11. Недоліки капсульної ендоскопії
12. Підготовка до капсульної ендоскопії
13. Методика проведення капсульної ендоскопії
14. Анатомія тонкого кишківника

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ

1. Суть методу двобалонної ендоскопії
2. Покази до проведення двобалонної ендоскопії
3. Протипокази до проведення двобалонної ендоскопії
4. Можливості двобалонної ендоскопії
5. Переваги двобалонної ендоскопії
6. Загальні побічні ефекти після двобалонної ендоскопії
7. Компоненти двобалонної ендоскопічної системи
8. Покази до проведення капсульної ендоскопії
9. Протипокази до проведення капсульної ендоскопії
10. Ускладнення, що виникають при капсульній ендоскопії
11. Недоліки капсульної ендоскопії
12. Підготовка до капсульної ендоскопії
13. Методика проведення капсульної ендоскопії
14. Анатомію тонкого кишківника

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ

1. Готувати пацієнта до виконання двобалонної ендоскопії
2. Готувати пацієнта до виконання капсульної ендоскопії
3. Проводити диференційну діагностику між найбільш частими захворюваннями тонкого кишківника
4. Надавати першу допомогу при виникненні ускладнень під час двобалонної ендоскопії

Еталони відповідей на тести:

1. Е
2. Е
3. А
4. С
5. А
6. С
7. С
8. А
9. Е
10. С

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. С

2. С
3. С

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ

ВИДАНЬ ОСНОВНІ

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592
2. Ендоскопія внутрішніх органів / Євтушенко О. І., Захараш М. П., Ковальчук Л. Я., Поляченко Ю. В., Фещенко Ю. І., Максимлюк В. І. Київ, Вістка, 2008, с. 9-47.
3. Clinical Gastrointestinal Endoscopy, 3rd Edition / Vinay Chandrasekhara B. Joseph Elmunzer Mouen Khashab V. Raman Muthusamy, 2018
4. Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 6th Edition by Peter B. Cotton (Author), Christopher B. Williams (Author), Robert H. Hawes (Contributor), Brian P. Saunders (Contributor), 2019

ДОДАТКОВІ

1. Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 7th Edition, 2020
2. Endoscopic Biopsy Interpretation : A Practical Guide / M. Priyanthi Kumarasinghe , Ian Brown. 2018
3. Innovations in Gastrointestinal Endoscopy Edited by Prateek Sharma , Edited by Nageshwar Reddy, 2021
4. Practical Pediatric Gastrointestinal Endoscopy 3rd Edition by George Gershman, Mike Thomson, 2018
5. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set: Pathophysiology, Diagnosis, Management 11th Edition, 2020

Тема №14. Ендоскопічний гемостаз

Мета: взнати про можливості ендоскопічного гемостазу, його види, обладнання та інструментарій, які при цьому використовуються, покази та протипокази до його виконання, техніку

Професійна орієнтація студентів. Шлунково-кишкова кровотеча – це гостре або хронічне витікання крові в просвіт шлунково-кишкового тракту при наявності патологічних процесів у стравоході, шлунку, тонкій або товстій кишках. Надання допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами є однією з актуальних проблем сучасної наукової та практичної медицини, тому що частота ШКК з кожним роком зростає і в багатьох країнах світу складає від 50 до 172 випадків на

100000 населення. За останній час смертність від кровотеч зменшилась завдяки впровадженню ендоскопічних діагностичних та лікувальних, але все ще складає від 4 % до 14 % . В Україні щорічно лікуються в стаціонарах більш як 50000 хворих з приводу ШКК. На сучасному етапі, коли ендоскопічне обладнання та технології ендохірургічних втручань постійно удосконалюються, неможливо без їх використання вирішити питання про вибір раціональної тактики лікування ШКК і, зокрема, при найбільш розповсюджених захворюваннях – кровотечах із виразок та варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ:

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів

лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 21. Відшукувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчих відносин з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчувати пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (кабінет ендоскопії) пояснити її необхідність пацієнту.

7. Підготуватись до проведення обстеження– помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведення хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди слід повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
15. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Студенти дивляться відео про різні види ендоскопічного гемостазу

Робота 2.

Студенти знайомляться із ендоскопічним інструментарієм, необхідним для проведення ендоскопічного гемостазу

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Анатомія шлунково-кишкового тракту та дихальних шляхів

2. Причини шлунково-кишкових кровотеч
3. Основні завдання ендоскопічного дослідження при шлунково-кишкових кровотечах
4. Покази до виконання екстреного ендоскопічного обстеження
5. Протипокази до виконання ендоскопічного обстеження при шлунково-кишкових кровотечах
6. Основні етапи підготовки до екстреної ендоскопії
7. Обладнання та інструменти, що використовуються для ендоскопічного гемостазу
8. Особливості ендоскопії при шлунково-кишкових кровотечах
9. Класифікація активності кровотечі за Forrest J.A.H., Rosch W. (1987), удосконалена В.І. Нікішаєвим
10. Фізичні методи ендоскопічного гемостазу
11. Механічні методи ендоскопічного гемостазу
12. Медикаментозні ендоскопічного гемостазу
13. Лазерна фотокоагуляція
14. Аргоноплазмова коагуляція
15. Радіохвильова коагуляція
16. Техніка інфільтраційного гемостазу, покази

Тестові завдання:

1. Методика діатермокоагуляції включає все перераховане, крім:
 - A. Попереднього видалення крові і згустків
 - B. Коагуляції тканини, розташованої поруч з кровоточивою судиною
 - C. Безпосередньою коагуляції судини
 - D. Діатермокоагуляція виконується серією коротких включень струму високої частоти
 - E. Поєднує обдування струменем повітря і промивання джерела кровотечі

2. Який з термічних методів ендоскопічного гемостазу найбезпечніший?
 - A. Коагуляція за допомогою термозонда
 - B. Біполярна коагуляція
 - C. Аргоноплазмова коагуляція
 - D. Лазерна фотокоагуляція
 - E. Безпека цих технологій еквівалентна

3. За класифікацією активності кровотечі за Forest дно виразки, вкрите фібрином, належить до:
 - A. FI.
 - B. FII A.
 - C. FII B.
 - D. FII C.

Е. FIII.

4. Ендоскопічний метод зупинки кровотечі доцільно застосовувати у всіх перерахованих випадках кровотечі, виключаючи:

- A. Рецидив кровотечі з хронічної виразки шлунка або 12-палої кишки
- B. Виразкова кровотеча у хворих з високим ризиком хірургічного втручання
- C. Кровотеча з гострих виразок та ерозій
- D. Кровотеча з доброякісних або злоякісних пухлин в гострому періоді
- E. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу в гострому періоді

5. Для зупинки кровотечі з верхніх відділів травного тракту застосовуються всі перераховані методи, за виключенням:

- A. Коагуляція джерела кровотечі струмом високої частоти або лазерним випромінюванням
- B. Введення склерозуючих і судинозвужуючих розчинів
- C. Нанесення плівкоутворюючих речовин
- D. Аплікацію олії обліпихи або шипшини
- E. Локальний вплив холодними агентами

6. Найбільш ефективним методом зупинки кровотечі з розширених вен стравоходу є:

- A. Пероральний антисептичний біологічний тампон
- B. Ендоскопічна електрокоагуляція
- C. Нанесення клейової плівки
- D. Використання балонного зонда типу Блекмора
- E. Лазерна фотокоагуляція

7. Склерозуючий розчин при кровотечах з флєбектазій стравоходу вводиться:

- A. У просвіт варикозно розширеної вени в області розриву
- B. У просвіт варикозно розширеної вени на 2-3 см вище і нижче місця розриву
- C. На поверхню слизової в області розриву
- D. В товщу слизової в області розриву
- E. У м'язовий шар стінки стравоходу в області розриву

8. Основними протипоказами до застосування діатермокоагуляції є:

- A. Артеріальний кровотеча

- B. Неможливість чітко оглянути джерело кровотечі
- C. Наявність великого звисаючого тромбу, що прикриває джерело кровотечі
- D. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
- E. Правильно B і D

9. Перевага діатермокоагуляції хірургічному методу лікування віддається:

- A. При синдромі Меллорі - Вейса
- B. При кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу в гострому періоді
- C. При кровотечі з поліпів шлунка
- D. При масивній артеріальній кровотечі з дуоденальної виразки
- E. При кровотечі з гострих виразок або ерозій шлунку

10. Ймовірність розвитку перфорації порожнистого органу при електрокоагуляції залежить від всього перерахованого, за виключенням:

- A. Характер джерела кровотечі
- B. Локалізацію джерела кровотечі
- C. Спосіб діатермокоагуляції (моно- або біполярна)
- D. Потужність електрокоагулятора
- E. Тривалість дії

Ситуаційні задачі:

1. Хворий К., 43 років, був доставлений до ургентного хірургічного стаціонару зі скаргами на слабкість, одноразову втрату свідомості, наявність рідкого чорного калу, нудоту, сухість в роті. Подібний стан вперше розвинувся 2 доби тому. В анамнезі періодичні болі в епігастральній ділянці, що виникали сезонно, супроводжувались нудотою, блювотою з полегшенням стану. Лікувався самостійно. АТ 100/60 мм рт ст., пульс 98 в хв. Триваюча кровотеча при ендоскопічному дослідженні являється показом до:

- A. Екстреної операції
- B. Комплексної консервативної терапії
- C. Виконання ендоскопічного гемостазу

2. Хворий С, 73 років, звернувся на прийом до проктолога зі скаргами на наявність крові в калових масах. Подібні скарги протягом двох місяців. Раніше з цього приводу не обстежувався. Під час колоноскопії виявлено поліп діаметром 30 мм на довгій ніжці із кровотечею з верхівки. Який метод гемостазу доцільно застосувати?

- A. Інфільтраційний
- B. Аргоно-плазмову уоагуляцію
- C. Поліпектомію

3. Хворий Н., 35 років, зловживає алкоголем, в анамнезі неодноразові шлунково-кишкові кровотечі. Під час ЕГДС виявлено варикозно розширені вени стравоходу III ступеня. Який метод ендоскопічного гемостазу доцільно застосувати для попередження кровотечі?

- A. Інфільтраційний
- B. Кліпування
- C. Лігування

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ

1. Анатомія шлунково-кишкового тракту та дихальних шляхів
2. Причини шлунково-кишкових кровотеч
3. Основні завдання ендоскопічного дослідження при шлунково-кишкових кровотечах
4. Покази до виконання екстреного ендоскопічного обстеження
5. Протипокази до виконання ендоскопічного обстеження при шлунково-кишкових кровотечах
6. Основні етапи підготовки до екстреної ендоскопії
7. Обладнання та інструменти, що використовуються для ендоскопічного гемостазу
8. Особливості ендоскопії при шлунково-кишкових кровотечах
9. Класифікація активності кровотечі за Forrest J.A.H., Rosch W. (1987), удосконалена В.І. Нікішаєвим
10. Фізичні методи ендоскопічного гемостазу
11. Механічні методи ендоскопічного гемостазу
12. Медикаментозні методи ендоскопічного гемостазу
13. Лазерна фотокоагуляція
14. Аргоноплазмова коагуляція
15. Радіохвильова коагуляція
16. Техніка інфільтраційного гемостазу, покази

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ

1. Анатомію шлунково-кишкового тракту та дихальних шляхів
2. Причини шлунково-кишкових кровотеч
3. Основні завдання ендоскопічного дослідження при шлунково-кишкових кровотечах

4. Покази до виконання екстреного ендоскопічного обстеження
5. Протипокази до виконання ендоскопічного обстеження при шлунково-кишкових кровотечах
6. Основні етапи підготовки до екстреної ендоскопії
7. Обладнання та інструменти, що використовуються для ендоскопічного гемостазу
8. Особливості ендоскопії при шлунково-кишкових кровотечах
9. Класифікацію активності кровотечі за Forrest J.A.H., Rosch W. (1987), удосконалена В.І. Нікішаєвим
10. Фізичні методи ендоскопічного гемостазу
11. Механічні методи ендоскопічного гемостазу
12. Медикаментозні ендоскопічного гемостазу
13. Лазерну фотокоагуляцію
14. Аргоноплазмову коагуляцію
15. Радіохвильову коагуляцію
16. Техніку інфільтраційного гемостазу, покази

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ

1. Розрізнати ендоскопічний інструментарій, що використовується для ендоскопічного гемостазу
2. Складати алгоритм ендоскопічного гемостазу

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. Е
3. Е
4. В
5. D
6. D
7. В
8. Е
9. D
10. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. С

2. С
3. С

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ

ВИДАНЬ ОСНОВНІ

1. Ендоскопічна хірургія: навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін. / Київ, «Медицина», 2019, 592
2. Ендоскопія внутрішніх органів / Євтушенко О. І., Захараш М. П., Ковальчук Л. Я., Поляченко Ю. В., Фещенко Ю. І., Максимлюк В. І. Київ, Вістка, 2008, с. 9-47.
3. Clinical Gastrointestinal Endoscopy, 3rd Edition / Vinay Chandrasekhara B. Joseph Elmunzer Mouen Khashab V. Raman Muthusamy, 2018
4. Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 6th Edition by Peter B. Cotton (Author), Christopher B. Williams (Author), Robert H. Hawes (Contributor), Brian P. Saunders (Contributor), 2019

ДОДАТКОВІ

1. Cotton and Williams' Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals 7th Edition, 2020
2. Endoscopic Biopsy Interpretation : A Practical Guide / M. Priyanthi Kumarasinghe , Ian Brown. 2018
3. Innovations in Gastrointestinal Endoscopy Edited by Prateek Sharma , Edited by Nageshwar Reddy, 2021
4. Practical Pediatric Gastrointestinal Endoscopy 3rd Edition by George Gershman, Mike Thomson, 2018
5. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set: Pathophysiology, Diagnosis, Management 11th Edition, 2020

ТЕМА 15: КЛІНІЧНА ОЦІНКА СИМПТОМІВ В УРОЛОГІЇ. ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В УРОЛОГІЇ. РЕНТГЕНОЛОГІЧНА І РАДІОІЗОТОПНА ДІАГНОСТИКА УРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

МЕТА. Навчитись, правильно аналізувати і узагальнювати скарги урологічних хворих та основні симптоми урологічних захворювань. Ознайомити студентів з основними урологічними інструментами (цистоскопами, катетерами, бужами), вивчити будову та призначення деяких із них. Провести показову катетеризацію сечового міхура, цистоскопію, ознайомити з катетеризацією сечоводів. Навчити студентів як підготувати хворих до урографії, покази та протипокази до екскреторної, ретроградної урографії. Читати оглядові, екскреторні і

ретроградні урограми, діагностувати рентгенопозитивні і рентгенонегативні камені сечових шляхів, діагностувати гідроуретеронефроз, ознайомити студентів з роботою урологічного кабінету.

Професійна орієнтація студентів. Симптоми урологічних захворювань дуже різноманітні. Вони відіграють важливу роль у постановці діагнозу, проведенні диф. діагностики. Весь комплекс симптомів урологічних захворювань можна розділити на чотири групи: 1) болі в ділянці сечостатевого органу з характерною іррадіацією; 2) розлади сечовипускання; 3) кількісні і якісні зміни сечі; 4) патологічні виділення з сечовипускного каналу і зміни в спермі. В повсякденній урологічній практиці інструментальні і ендоскопічні дослідження сечових шляхів хворих займають одне із основних місць. З цією метою використовують різноманітні катетери, бужі, уретроскопи і цистоскопи.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення

ЗК 7. Здатність працювати в команді

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії

ЗК 9. спілкуватись державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК)

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при

лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ФК 15. Здатність до проведення експертизи працездатності

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН)

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття

обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження,

- наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, цистоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
 7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної теми мається на увазі огляд, пальпація органів сечовидільної системи) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
 8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
 9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
 10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у кураного хворого.
 12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
 15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Катетеризація сечового міхура м'яким (ПХВ) катетером. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які особливості введення катетера у чоловіків, дітей?
2. Ознаки правильної постановки катетера?

Робота 2.

Замірювання залишкової сечі. Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Яка норма залишкової сечі?
2. Про які захворювання слід подумати при наявності залишкової сечі?

Робота 3.

Катетеризація сечового міхура еластичним катетером. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Яка методика катетеризації сечового міхура еластичним катетером?
2. Яка фізіологічна ємкість сечового міхура?

Робота 4.

Підготовка хворого до рентгенологічного обстеження. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Коли починають підготовку хворого до рентгенообстеження?
2. Які продукти слід вилучати з раціону?
3. Коли ставлять очисну клізму?

Робота 5.

Методика екскреторної урограми. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Як визначити чутливість хворого до контрастного препарату?
2. Які покази та протипокази до екскреторної урографії?
3. Які Ви знаєте контрастні препарати?
4. Яка максимальна доза контрастної речовини?

Робота 6.

Підготовка хворого до цистоскопії. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Чим змащують оптичні урологічні інструменти (цистоскоп, резектоскоп), щоб без затруднень провести їх в сечовий міхур?
2. Чим промивають і заповнюють сечовий міхур?

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Основні симптоми урологічних захворювань.
2. Характер, локалізацію та ірадіацію болей при урологічних захворюваннях.
3. Причини виникнення та механізм ниркової кольки.
4. Розлади сечопуску: дизурія, полакіурія (нічна і денна), нестримні (імперативні) поклики на сечопуск, затруднений сечопуск, хронічна затримка сечі, парадоксальна ішурія.
5. Справжнє і несправжнє нетримання сечі, нічне нетримання сечі.
6. Причини виникнення гострої затримки сечі, лікування.
7. Види анурії, невідкладна допомога.
8. Спільне і різницю між справжнім нетриманням сечі та парадоксальною ішурією, гострою затримкою сечі та анурією.
9. Кількісні і якісні зміни сечі (зміни питомої ваги, добового діурезу, патологічні домішки в сечі).
10. Що таке піурія. Трьохсклянка проба.
11. Що таке гематурія, її види.

12. Що таке протеїнурія, бактеріурія. Їх види.
13. Методи катетеризації сечового міхура металевим катетером (у жінок тачоловіків).
14. Види катетерів.
15. Види бужів.
16. Бужування уретри.
17. Види цистоскопів.
18. Цистоскопія. Покази та протипокази до її проведення.
19. Методика виконання цистоскопії.
20. Умови, необхідні для виконання цистоскопії.
21. Цистоскопічна картина в нормі.
22. Методика проведення пункції сечового міхура.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Для проведення цистоскопії необхідні:
 - A. Все нижче перераховане.
 - B. Ємність сечового міхура більше 75 мл.
 - C. Прозоре середовище в порожнині сечового міхура.
 - D. Прохідність уретри.
 - E. Правильний варіант B і C.

2. В аналізах сечі - тотальна гематурія. Про яке місце локалізації патологічного процесу можна думати?
 - A. Січковий міхур, сечовід, нирки.
 - B. Січковий міхур, уретра.
 - C. Уретра, сечовід.
 - D. Шийка сечового міхура, простатична частина уретри.
 - E. Січковий міхур, сечовід.

3. Странгурія - це:
 - A. Утруднене сечовипускання, яке супроводжується болем.
 - B. Біль при сечовипусканні.
 - C. Часте сечовипускання.
 - D. Наявність звертків крові в сечі.
 - E. Поєднання B) і C).

4. Дизурія - це:
 - A. Часте, болюче сечовипускання.
 - B. Часте утруднене і хворобливе сечовипускання.
 - C. Утруднене сечовипускання.
 - D. Хворобливе сечовипускання.

Е. Правильно всі відповіді.

5. Назвіть протипоказання для проведення хромоцистоскопії:

- А. Ємність сечового міхура менше 50 мл.
- В. Хронічний простатит.
- С. ХНН.
- Д. Нирково-печінкова недостатність.
- Е. Високі показники артеріального тиску.

6. Який рентген-контрасний препарат доцільно використовувати для проведення дослідження сечовивідних шляхів?

- А. Тріомбрас.
- В. Фортранс
- С. Омніпак.
- Д. Барій.
- Е. Йопагност.

7. Дизурія зустрічається при всіх перерахованих захворюваннях, крім:

- А. Орхіту.
- В. Пухлини сечового міхура.
- С. Каменя сечового міхура.
- Д. Циститу.
- Е. Каменя сечоводу.

8. Олігурія - це:

- А. Зменшення добової кількості сечі.
- В. Рідкісне сечовипускання.
- С. Запізніле сечовиділення.
- Д. Збільшення кількості сечі.
- Е. відсутність сечі

Ситуаційні задачі:

1. Хворий П., 79 років. Протягом двох років відзначав затруднене сечовипускання, при цьому була необхідність напружуватися, мляву струмінь сечі, яка часто переривається. При госпіталізації відзначається нетримання сечі, постійний розпираючий біль над лобком, у якому визначається випинання, верхній край якого контурує на рівні пупка. Перкуторно в цій зоні визначається тупість. Сеча протягом декількох діб постійно, без контролю виділяється краплями. Який розлад сечовипускання

у хворого?

- A. Парадоксальна ішурія.
- B. Гостра затримка сечі.
- C. Хронічна затримка сечі.
- D. Странгурія.
- E. Нетримання сечі.

2. Хворий С., 69 років, скаржиться на прискорене, болюче сечовипускання, наявність крові в сечі. При перкусії: після сечовипускання у хворого притуплення перкуторного звуку над лобком. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання вночі - 5 разів. Який розлад сечовипускання у хворого?

- A. Странгурія.
- B. Поллакіурія.
- C. Гематурія.
- D. Ніктурія.
- E. Поліурія.

3. Хворий П., 70 років. Скаржиться на прискорене, утруднене, хворобливе сечовипускання, вночі 3-4 рази. Після сечовипускання у хворого притуплення перкуторного звуку над лобком. Симптом Пастернацького негативний. Про що свідчить притуплення перкуторного звуку над лобком?

- A. Хронічна затримка сечі.
- B. Гостра затримка сечі.
- C. Анурія.
- D. Ніктурія.
- E. Поллакіурія.

4. Жінка А., 48 років, скаржиться на те, що у неї постерігається мимовільне сечовипускання при будь-якій напрузі - кашель, стрибок, підйом вантажів. Більше ніяких розладів сечовипускання немає. Про який симптом йдеться?

- A. Стресове нетримання сечі.
- B. Поллакіурія.
- C. Неутримання сечі.
- D. Дизурія.

Е. Странгурія.

5. Хворий К., 34 р., 12 годин після ДТП. Поступив в приймальне відділення, де після огляду і дообстеження діагностований перелом кісток тазу. З уретри краплями виділяється кров. Як називається даний симптом?

А. Уретрорагія.

В. Гемоспермія.

С. Гематурія.

Д. Странгурія.

Е. Нетримання сечі.

6. Хворий Н., 24 років, звернувся до уролога зі скаргами на каламутну сечу. Джерело проблеми невідоме. Який метод дослідження кращий?

А. Трисклянкова проба.

В. Двосклянкова проба.

С. Аналіз сечі за Зимницьким.

Д. Аналіз сечі за Нечипоренко.

Е. Посів сечі.

7. Хворий К., 34 років, був збитий автомобілем. Доставлений в стаціонар. У приймальному відділенні діагностовано перелом лонного зчленування. Хворий сам помочитися не може. З уретри періодично виділяється кров. Яке обстеження необхідно виконати для уточнення діагнозу?

А. Ретроградну уретрографію.

В. Мікційну уретрографію.

С. УЗД сечового міхура.

Д. Комп'ютерну томографію.

Е. Екскреторну урографію з низхідною цистографією.

8. У хворої Н., 40 років, доставленої в приймальне відділення лікарні бригадою швидкої допомоги, діагностовано гострий обструктивний пієлонефрит зліва. Має місце підозра на камінь лівого сечоводу. Яке з нижче перерахованих методів дослідження дозволить підтвердити або виключити порушення пасажу сечі з лівої нирки?

А. Хромоцистоскопія.

В. Катетеризація сечового міхура.

- C. Оглядова урографія.
- D. Урофлоуметрія.
- E. Радіоізотопна нефросцинтиграфія.

9. У хворого 36 років діагностовано гостру затримку сечі. Про який характер порушення сечовипускання це говорить?

- A. Неможливість самостійного сечовипускання при наявності сечі в сечовому міхурі.
- B. Наявність затримки сечовипускання до 48 годин.
- C. Наявність залишкової сечі 200 мл в сечовому міхурі після сечовипускання.
- D. Неможливість самостійного сечовипускання при відсутності сечі в сечовому міхурі.
- E. Утруднене сечовипускання, що супроводжується різким болем над лоном.

10. У хворого Ф., 64 років, гостре порушення мозкового кровообігу, сечовипускання відсутнє протягом 24 годин. Сечовий міхур перкуторно і пальпаторно на 6 см вище лона. Який катетер слід використовувати для тривалого відведення сечі?

- A. Катетер Фолі.
- B. Металевий буж.
- C. Металевий чоловічий катетер.
- D. Катетер Тимана.
- E. Катетер Пеццера.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Основні симптоми урологічних захворювань.
2. Характер, локалізацію та ірадіацію болей при урологічних захворюваннях.
3. Причини виникнення та механізм ниркової кольки.
4. Розлади сечопуску: дизурія, полакіурія (нічна і денна), нестримні (імперативні) поклики на сечопуск, затруднений сечопуск, хронічна затримка сечі, парадоксальна ішурія.
5. Справжнє і несправжнє нетримання сечі, нічне нетримання сечі.
6. Причини виникнення гострої затримки сечі, лікування.
7. Види анурії, невідкладна допомога.
8. Спільне і різницю між справжнім нетриманням сечі та парадоксальною ішурією, гострою затримкою сечі та анурією.
9. Кількісні і якісні зміни сечі (зміни питомої ваги, добового діурезу, патологічні домішки в сечі).
10. Що таке піурія. Трьохсклянка проба.
11. Що таке гематурія, її види.

12. Що таке протеїнурія, бактеріурія. Їх види.
13. Фізіологічні особливості верхніх та нижніх сечових шляхів.
14. Методи катетеризації сечового міхура металевим катетером (у жінок тачоловіків).
15. Види катетерів.
16. Види бужів.
17. Бужування уретри.
18. Види цистоскопів.
19. Цистоскопія. Покази та протипокази до її проведення.
20. Методика виконання цистоскопії.
21. Умови, необхідні для виконання цистоскопії.
22. Цистоскопічна картина в нормі.
23. Методика проведення пункції сечового міхура.
24. Екскреторна урографія, покази та протипокази.
25. Методи проведення екскреторної урографії.
26. Види екскреторних урограм.
27. Ретроградна пієло-уретеропієлографія.
28. Антеградна пієлографія.
29. Цистографія, методика проведення.
30. Види цистографій.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Розлади сечопуску: дизурія, полакіурія (нічна і денна), нестримні (імперативні) поклики на сечопуск, затруднений сечопуск, хронічна затримка сечі, парадоксальна ішурія.
2. Справжнє і несправжнє нетримання сечі, нічне нетримання сечі.
3. Причини виникнення гострої затримки сечі, лікування.
4. Види анурії, невідкладна допомога.
5. Спільне і різницю між справжнім нетриманням сечі та парадоксальною ішурією, гострою затримкою сечі та анурією.
6. Кількісні і якісні зміни сечі (зміни питомої ваги, добового діурезу, патологічні домішки в сечі).
7. Що таке піурія. Трьохсклянка проба.
8. Що таке гематурія, її види.
9. Що таке протеїнурія, бактеріурія. Їх види.
10. Фізіологічні особливості верхніх та нижніх сечових шляхів.
11. Методи катетеризації сечового міхура металевим катетером (у жінок тачоловіків).
12. Види катетерів.
13. Види бужів.
14. Бужування уретри.
15. Види цистоскопів.
16. Цистоскопія. Покази та протипокази до її проведення.
17. Методика виконання цистоскопії.

18. Умови, необхідні для виконання цистоскопії

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. На основі скарг хворого і анамнезу запідозрити урологічну патологію.
2. Скласти план обстеження.
3. Провести диференціальну діагностику.
4. Скласти план лікування хворого з гострим пієлонефритом.
5. Вміти оцінити заг. ан. крові і сечі, біохімічний аналіз крові (рівень сечовини і креатиніну), рентген, радіоізотопні та ендовезикальні обстеження.
6. Вибрати з даних анамнезу відомості, характерні для пієлонефрозу і паранефриту.
7. Скласти план обстеження хворого.
8. Визначити найбільш характерні ознаки пієлонефрозу та паранефриту.
9. Скласти план лікування хворого з пієлонефрозом і паранефритом.
10. Провести пальпацію нирки. Вміти оцінити оглядову і ексреторну урографію, дані УЗД, ретроградної пієлографії, результати хромоцистоскопії
11. Виявити основні симптоми і синдроми туберкульозу нирок, сечового міхура, сечоводу.
12. Провести диф. діагностику туберкульозу нирок і сечових шляхів.
13. Діагностувати стадії туберкульозу нирок.
14. Сформулювати і обґрунтувати клінічний діагноз.
15. Визначити лікувальну тактику при туберкульозі нирок і сечових шляхів.
16. Вміти читати рентгенограми хворих туберкульозом нирок, сечоводів і сечового міхура.

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. В
3. А
4. А
5. С
6. Е
7. А
8. В
9. D

10. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. D
2. А
3. С
4. С
5. D
6. А

**ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ
ОСНОВНІ**

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник.-Дніпропетровськ: РВА "Дніпро- VAL". 2017.- 830с.
2. Урологія /С.О.Возіанов, М.Р.Гжегоцький, О.В.Шуляк, Ю.С.Петришин, О.Г.Мисковець, О.О.Строй.-Львів: Світ 2017.-304с.
3. Компакт-диск «Урологія », 2002р.
4. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

1. Бойко Н. И. Простатит. Новий погляд на стару проблему. Урологія. 2017.- 110с.
2. Хвороби передміхурової залози / під ред. Ю. Г. Аляева. М. : Геотар-Медіа, 2019. 240 с.

**ТЕМА 16: ГОСТРИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ. ПІОНЕФРОЗ І ПАРАНЕФРИТ.
ТУБЕРКУЛЬОЗ НИРОК.**

МЕТА: Вміти діагностувати неспецифічні запальні процеси нирок і визначити принципи лікування хворих з цими патологічними станами.

Вміти діагностувати, визначити принципи лікування хворих піонефрозом і паранефритом, знати методи оперативного лікування.

Вміти діагностувати і визначити принципи лікування хворих туберкульозом сечостатевих органів, знати методи оперативного їх лікування.

Професійна орієнтація студентів.

Пієлонефрит саме часте захворювання нирок у людей. Гострий пієлонефрит під час вагітності спостерігається у 1,5-2,5% всіх вагітних. Серед дорослих він зустрічається у 100 хворих на 10 тис. населення.

Піонефроз - термінальна стадія неспецифічного чи специфічного гнійно-

деструктивного пієлонефриту. Захворювання спостерігається, переважно, у віці 30-50 років, часто веде до летальних наслідків.

Незважаючи на те, що вперше клініка туберкульозного ураження нирки була описана в 1841 р., а перша операція з приводу даної патології була виконана в 1872 р., проблема залишається актуальною і для сучасної урології. Туберкульоз сечовидільної системи спостерігається у 10-15,2% хворих туберкульозом.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення

ЗК 7. Здатність працювати в команді

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії

ЗК 9. спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК)

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ФК 15. Здатність до проведення експертизи працездатності

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами,

лабораторними тваринами

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН)

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря- керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі

необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчути пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, цистоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної теми мається на увазі огляд, пальпація органів сечовидільної системи) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї

- чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
 9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
 10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
 12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
 15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне

обстеження, виявляє основні клінічні ознаки гострого пієлонефриту, складає діагностичну програму формулює клінічний діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Які Ви знаєте симптоми гострого пієлонефриту?
2. Які Ви знаєте ускладнення гострого пієлонефриту?
3. Назвати константи загального аналізу крові і сечі, біохімічного аналізу крові (сечовина, креатинін).

Робота 2.

Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень студент проводить диференціальний діагноз хворого з гострим пієлонефритом.

Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в залежності від того чи первинний, чи вторинний пієлонефрит та його стадії.
3. Яку тактику оберете в лікуванні пієлонефриту вагітних?

Робота 3.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки пієлонефрозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Які клінічні симптоми пієлонефрозу?
2. Які додаткові методи обстеження потрібно провести хворому з пієлонефрозом?

Робота 4.

Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних і УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в лікуванні пієлонефрозу?

Робота 5.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні симптоми паранефриту, складає діагностичну

програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які клінічні симптоми паранефриту? 2Класифікація паранефритів
3. Який об'єм діагностичних заходів потрібно провести хворому з паранефритом?

Робота 6.

Провести диференціальний діагноз.

Студент на основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, проводить диференціальний діагноз хворого з паранефритом.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями Ви будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в лікуванні хворого з паранефритом?

Робота 7.

Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки туберкульозу, складає діагностичну

програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які клінічні симптоми характерні для туберкульозу нирок?
2. Які Ви знаєте ускладнення туберкульозу нирок?
3. Які особливості дизурії та піурії при туберкульозі нирок?

Робота 8. .

Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень проводить диференціальний діагноз хворого з туберкульозом нирок.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в лікуванні хворих на туберкульоз нирок?
3. Які Ви знаєте види оперативних втручань при туберкульозі нирок?

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Основні симптоми і синдроми гострого пієлонефриту.
2. Класифікація гострого пієлонефриту.
3. Діагностика пієлонефриту.
4. Покази до консервативного і оперативного лікування.
5. Основні симптоми і синдроми пієонефрозу і паранефриту.
6. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз згідно класифікації.
7. Провести диференціальну діагностику з СКХ, пухлиною та полікістозом нирок.
8. Лікувальна тактика при паранефриті і пієонефрозі.
9. Основні симптоми і синдроми туберкульозу нирок, сечового міхура, сечоводу.
10. Клініко-рентгенологічна класифікація туберкульозу нирок.
11. Покази та протипокази до консервативного і оперативного лікування хворих туберкульозом нирок, сечових шляхів.

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Причинами пієлонефриту вагітних є:
 - A. Порушення харчування вагітних.
 - B. Механічний тиск вагітної матки на сечоводи, асимптоматична бактеріурія.
 - C. Нейрогуморальні зрушення, вроджені аномалії.
 - D. Механічний тиск вагітної матки на сечоводи, нейрогуморальні зрушення, асимптоматична бактеріурія.
 - E. Вроджені аномалії, асимптоматична бактеріурія.
2. При пієлонефриті вагітних для виявлення характеру відтоку сечі з нирок використовують:
 - A. Цистоскопію.
 - B. Внутрішньовенну урографію.
 - C. Хромоцистоскопію.
 - D. Радіоізотопну

ренографію.

Е. Інфузійну урографію.

3. У випадку порушення відтоку сечі при пієлонефриті вагітних слід виконати:

А. Катетеризацію нирки на стороні ураження.

В. Пієлоскопію.

С. Ретроградну пієлографію.

Д. Перкутанну
пієлостомію.

Е. Уретростомію..

4. Лікування апостематозного пієлонефриту заключається в:

А. Призначення масивної антибактеріальної терапії.

В. Катетеризації нирки.

С. Декапсуляції і нефростомії.

Д. Перкутанній
пієлостомії.

Е. Постановці стента.

5. На оглядовій урограмі при карбункулі нирки можна побачити:

А. Випуклість контура нирки і нечіткість поперекового м'яза.

В. Зменшення розміру
нирки.

С. Звапнення нирки.

Д. Випуклість контура
нирки.

Е. Збільшення розміру
нирки.

6. Оперативне лікування при абсцесі нирки полягає в:
- A. Декапсуляції, розкритті абсцесу, дренивання його і паранефрію.
 - B. Розкритті абсцесу і дрениванні паранефрію.
 - C. Декапсуляції, дрениванні нирки і паранефрію.
 - D. Нефростомії і дрениванні паранефрію.
 - E. Розкритті і дрениванні абсцесу.
7. Ознакою паранефриту при рентгеноскопії грудної клітки є:
- A. Підняття куполу діафрагми.
 - B. Обмеження екскурсії діафрагми на стороні ураження.
 - C. Петрифікати в легенях.
 - D. Плеврит на стороні ураження.
 - E. Зміщення середостіння.
8. Частіше всього зустрічається паранефрит:
- A. Задній.
 - B. Передній
 - C. Верхній.
 - D. Нижній.
 - E. Тотальний.
9. При паранефриті роблять екскреторну урографію:
- A. У вертикальному положенні.
 - B. У горизонтальному положенні.

С. На вдосі і видосі.

Д. У горизонтальному і вертикальному положенні.

Е. На вдосі.

10. При гнійному паранефриті показана:

А. Масивна антибактеріальна терапія.

В. Катетеризація нирки з антибактеріальною терапією.

С. Нефростомія з антибактеріальною терапією.

Д. Люмботомія, розкриття паранефрального абсцесу з його дрениванням.

Е. Декапсуляція нирки з нефростомією.

11. Найбільш характерна локалізація ураження сечовода при туберкульозі нирок?

А. Верхня третина.

В. Середня третина і верхня третина.

С. Нижня третина.

Д. Середня третина.

Е. Тотальне поразення.

Ситуаційні задачі:

1. У хворого Н., 19 років, після переохолодження на другу добу з'явилися болі в ділянці нирок, з іррадіацією в пах, каламутна сеча, підвищення температури тіла до 38,4°C. В крові лейкоцити - $9,8 \times 10^9$ /л. В сечі: білок - сліди, еритроцити - 2-3 в полі зору, лейкоцити - на $\frac{1}{4}$ поля зору. Найбільш ймовірний діагноз:

А. Гострий пієлонефрит.

В. Гострий гломерулонефрит.

С. Гострий цистит.

Д. Гострий простатит.

Е. Туберкульоз нирок.

2. Хвора Д., 23 років, після перенесеного фурункула плеча відзначає біль у ділянці нирок, підвищення температури тіла до 38,8°C. У крові: лейкоцитоз $13,2 \times 10^9$ /л, зсув лейкоцитарної формули вліво - паличкоядерні нейтрофіли 12%. В сечі: білок - 0,33 г/л, лейкоцити - 30-40 в полі зору, місцями покривають все поле зору. Виберіть найбільш оптимальну емпіричну антибактеріальну терапію:

- A. Напівсинтетичні пеніциліни.
- B. Прості пеніциліни.
- C. Тетрацикліни.
- D. Протитуберкульозні препарати.
- E. Макроліди.

3. Жінка В., 29 років, скаржиться на біль в попереку, лихоманку. Хворіє близько 2 діб, після переохолодження. Об'єктивно: температура тіла 38,1°C, В крові: еритроцити - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв - 128 г/л, лейкоцити - 12×10^9 /л, паличкоядерні нейтрофіли - 12%, ШОЕ 12 мм/год. В сечі: каламутна, питома біла вага 1016, білок - 0,133 г/л, лейкоцити - на ½ поля зору, еритроцитів - 16-18 в полі зору. З якого інструментального дослідження слід почати обстеження?

- A. Ультразвукове дослідження нирок.
- B. Рентгеноскопія черевної порожнини.
- C. Комп'ютерна томографія нирок.
- D. Оглядова урографія.
- E. Проба Реберга.

4. Чоловік С., 43 років, скаржиться на біль в поперековій ділянці справа у вигляді ниркової кольки, з іррадіацією в пах, праве яєчко, бурий колір сечі, підвищення температури тіла до 37,9°C. Захворів добу назад. Симптом поколачування позитивний справа. У крові: лейкоцити - $12,6 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли - 12%, ШОЕ-24 мм/год. У сечі: білок-0,33 г/л, ер. змінені - 30-40 в п/з, лейкоцити - 15-20 в п/з. Найбільш ймовірний діагноз:

- A. Гострий калькульозний пієлонефрит.
- B. Гострий гломерулонефрит.
- C. Гострий простатит.
- D. Хронічний пієлонефрит.
- E. Гострий епідидиміт.

5. Жінка М., 22 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 37,4°C після переохолодження, поява болю в попереку. Періодично відзначає зміна прозорості сечі. Об'єктивно: ЧСС – 90 уд./хв, АТ-115/90 мм рт.ст. Симптом поколачування - слабкопозитивний з обох боків. У крові: лейкоцити - $9,6 \times 10^9$ /л, тромбоцити - 115×10^9 /л, ШОЕ-31 мм/год. У сечі: білок-0,33 г/л, ер. змінені - 4-6 в п/з, лейкоцити - 1/2 в п/з. Найбільш ймовірний діагноз:

- A. Гострий пієлонефрит.
- B. Геморагічний васкуліт.
- C. Вузликосий періартеріїт.
- D. Системний червоний вовчак.
- E. Тромбоцитопенічна пурпура.

6. Чоловік І., 46 років, скаржиться на головні болі, нездужання, зменшення

виділення сечі, каламутну сечу. Вищевказані симптоми з'явилися після перенесеного карбункула плеча. АТ - 120/80 мм рт.ст. В ан. сечі: білок 0,33 г/л, еритроцити - 0-1 в п/з, лейкоцити 48-60 в препараті. Гіпопротеїнемія - загальний білок крові 53 г/л. Найбільш вірогідний діагноз:

- А. Гострий пієлонефрит.
- В. Гострий гломерулонефрит.
- С. Нефротичний синдром.
- Д. Туберкульоз нирок.
- Е. Злоякісний гломерулонефрит.

7. Вагітна (30 тижнів) скаржиться на головний біль, зменшення кількості сечі за добу, підвищення температури до 38,0°C. АТ 120/65 мм. рт.ст. Добова протеїнурія - 0,5 г/л. Креатинін крові - 90 мкмоль/л. Гематокрит - 42%. В аналізах сечі лейкоцити на все поле зору. При УЗ-дослідженні: гідронефроз справа 2 ступеня. Найбільш ймовірний діагноз:

- А. Гестаційний пієлонефрит. Гідронефроз правої нирки 2 ст.
- В. Нефропатія вагітних.
- С. Гострий гломерулонефрит.
- Д. Тубуло-інтерстиціальний нефрит.
- Е. Гіпертонічна хвороба. Гідронефроз правої нирки 1 ст.

8. Хворий А., 60 років, госпіталізований з болями в попереку зліва, підвищенням температури тіла до 39°C, частими позивами до сечовипускання. Захворів гостро 5 днів тому. Отримував знеболюючі препарати, спазмолітики. За даними УЗД: ліва нирка збільшена до 122x63x39 мм, товщина паренхіми в середньому сегменті 33 мм, зниженої неоднорідної ехогенності, розширення чашково-мискової системи і сечоводу. Ваш діагноз?

- А. Камінь лівого сечоводу. Апостематозний пієлонефрит.
- В. Гострий нефрит.
- С. Гострий гнійний простатит.
- Д. Гострий необструктивний пієлонефрит.
- Е. Камінь лівого сечоводу. Гострий цистит.

9. Хворий А., 36 років, госпіталізований з діагнозом: апостематозний пієлонефрит. Зазначає підвищенням температури тіла до 39°C, лихоманка, нездужання, загальну слабкість. Захворів гостро 3 доби тому. З анамнезу: 3 тижні тому оперований з приводу гангренозного апендициту. За даними УЗД ліва нирка збільшена до 112x56x39 мм, товщина паренхіми в середньому сегменті до 28 мм, зниженої, неоднорідної ехогенності, чашково-мискова система не розширена. Які Ви припускаєте зміни в аналізі сечі?

- А. Лейкоцитурія, бактеріурія.
- В. Не виражена протеїнурія, лейкоцитурія.
- С. Циліндрурія, бактеріурія.
- Д. Еритроцитурія, протеїнурія.
- Е. Глюкозурія, бактеріурія.

10. Хвора К., 69 років, госпіталізована зі скаргами на біль в попереку, підвищення температури тіла до 39,8°C, лихоманку, нудоту, блювання, запаморочення, погіршення свідомості. Захворіла гостро, близько доби.

Хворіє 12 років на цукровий діабет. За даними УЗД: ліва нирка збільшена до 128x69x54 мм, товщина паренхіми до 38 мм, зниженої, неоднорідної ехогенності, розширення чашково-мискової системи і сечоводу, скупчення газу в паренхімі нирки і принирковій клітковині. Ваш діагноз?

- A. Емфізематозний пієлонефрит.
- B. Гострий пієлонефрит.
- C. Апостематозний нефрит.
- D. Гострий паранефрит.
- E. Діабетична нефропатія

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Етіопатогенез пієлонефриту
2. Класифікація пієлонефриту
3. Симптоми гострого пієлонефриту, а також їх можливі причини.
4. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи обстеження в діагностиці пієлонефриту.
5. Лікування пієлонефриту
6. Профілактика пієлонефриту
7. Етіопатогенез паранефриту
8. Класифікація паранефриту
9. Симптоми гострого паранефриту, а також їх можливі причини.
10. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи обстеження в діагностиці паранефриту.
11. Лікування паранефриту
12. Лікування пієлонефрозу
13. Анатомо-фізіологічні особливості сечовидільної системи.
14. Етіологія, патогенез, морфологічні зміни нирок, сечового міхура, сечовода при туберкульозі.
15. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи дослідження.
16. Принципи лікування хворих з туберкульозом сечовидільної системи.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Пієлонефрит (етіологія, патогенез).
2. Класифікація пієлонефритів.
3. Первинний гострий пієлонефрит (клініка, діагностика).

4. Лікування первинного гострого пієлонефриту.
5. Диф. діагностика гострого пієлонефриту з СКХ, туберкульозом сечовидільної системи, гострими захворюваннями органів черевної порожнини.
6. Вторинний гострий пієлонефрит (клініка, діагностика).
7. Лікування гострого вторинного пієлонефриту.
8. Пієлонефрит вагітних (клініка, діагностика).
9. Лікування пієлонефриту вагітних.
10. Форми гнійного гострого пієлонефриту (клініка, діагностика, лікування).
11. Апостематозний нефрит (клініка, діагностика, лікування).
12. Абсцес і карбункул нирки (клініка, діагностика, лікування).
13. Етіологія і патогенез пієлонефрозу.
14. Клініка пієлонефрозу.
15. Діагностика і диф.діагностика пієлонефрозу.
16. Лікування пієлонефрозу.
17. Паранефрит, класифікація.
18. Симптоматика і клінічне протікання паранефритів.
19. Діагностика паранефритів.
20. Диф. діагностика паранефриту.
21. Рентгенологічні ознаки паранефриту.
22. Лікування паранефритів.
23. Ускладнення, до яких веде паранефрит.
24. Етіологію і патогенез туберкульозу нирок.
25. Клініко-рентгенологічну класифікацію туберкульозу нирок.
26. Патанатомію туберкульозу нирок і сечових шляхів.
27. Симптоматологію і перебіг туберкульозу нирок і сечових шляхів.
28. Діагностика туберкульозу нирок.
29. Лабораторна діагностика туберкульозу нирок.
30. Рентгенологічна і ендоскопічна діагностика туберкульозу нирок.
31. Диференціальна діагностика туберкульозу нирок.
32. Незаперечні ознаки туберкульозу нирок.
33. Консервативне лікування та прогноз туберкульозу нирок.
34. Оперативне лікування туберкульозу нирок.
35. Ускладнення туберкульозу нирок та їх лікування.
36. Особливості дизурії та піурії при туберкульозі нирок.
37. Асептична піурія та її діагностичне значення.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. На основі скарг хворого і анамнезу запідозрити гострий пієлонефрит.
2. Скласти план обстеження.
3. Провести диференціальну діагностику.
4. Скласти план лікування хворого з гострим пієлонефритом.
5. Вміти оцінити заг. ан. крові і сечі, біохімічний аналіз крові (рівень сечовини і креатиніну), рентген, радіоізотопні та ендовезикальні обстеження.

6. Вибрати з даних анамнезу відомості, характерні для піонефрозу і паранефриту.
7. Скласти план обстеження хворого.
8. Визначити найбільш характерні ознаки піонефрозу та паранефриту.
9. Скласти план лікування хворого з піонефрозом і паранефритом.
10. Провести пальпацію нирки. Вміти оцінити оглядову і екскреторну урографію, дані УЗД, ретроградної пієлографії, результати хромоцистоскопії
11. Виявити основні симптоми і синдроми туберкульозу нирок, сечового міхура, сечоводу.
12. Провести диф. діагностику туберкульозу нирок і сечових шляхів.
13. Діагностувати стадії туберкульозу нирок.
14. Сформулювати і обґрунтувати клінічний діагноз.
15. Визначити лікувальну тактику при туберкульозі нирок і сечових шляхів.
16. Вміти читати рентгенограми хворих туберкульозом нирок, сечоводів і сечового міхура.

Еталони відповідей на тести:

1. D
2. C
3. A
4. C
5. A
6. A
7. B
8. A
9. C
10. D
11. C

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. A
2. A
3. A
4. A
5. A
6. A
7. A
8. A
9. A
10. A

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник.-Дніпропетровськ: РВА "Дніпро- VAL". 2017.- 830с.
2. Урологія /С.О.Возіанов, М.Р.Гжегоцький, О.В.Шуляк, Ю.С.Петришин, О.Г.Мисковець, О.О.Строй.-Львів: Світ 2017.-304с.
3. Компакт-диск «Урологія », 2002р.
4. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

1. Бойко Н. И. Простатит. Новий погляд на стару проблему. Урологія. 2017.- 110с.
2. Хвороби передміхурової залози / під ред. Ю. Г. Аляева. М. : Геотар-Медіа, 2019. 240 с.

Тема 17: СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА. НЕФРОПТОЗ І ГІДРОНЕФРОЗ. НЕФРОГЕННА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ.

МЕТА. Вивчити симптоматику і діагностику сечокам'яної хвороби, її ускладнення, а також покази для консервативного і оперативного лікування. Типові діагностичні і тактичні помилки та шляхи їх запобігання. Вміти діагностувати, визначити принципи лікування хворих з нефроптозом і гідронефрозом, знати методи оперативного лікування. Діагностувати нефрогенну гіпертонію, засвоїти принципи її лікування.

Професійна орієнтація студентів.

Сечокам'яна хвороба - досить розповсюджене захворювання, яке відоме з давніх часів. Серед всіх урологічних захворювань СКХ складає від 30 до 45%. В останні роки відмічається деяке переважання захворюваності жінок над чоловіками. Серед хворих на уrolітіаз, ця залежність особливо виражена серед пацієнтів з кораловидними каменями (в співвідношенні 3:1). В структурі урологічних захворювань гідронефроз займає 10-е місце. Інтерес клініцистів до цього порівняно рідкісного захворювання пояснюється тим, що воно зустрічається, в основному, у людей молодого віку. В 25% випадків захворювання двостороннє або поєднується з урологічними захворюваннями контрлатеральної нирки. В теперішній час нефроптоз виявляється в 1,5% жінок і 0,1% чоловіків віком від 25 до 40 років

Серед пацієнтів, які хворіють гіпертензією у 30-40% вона має нефрогенне походження. Вазоренальна гіпертензія має місце в будь-якому віці, однак частіше (у 93% хворих) до 50 років, нерідко носить злоякісний характер (18-30% хворих).

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення

ЗК 7. Здатність працювати в команді

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії

ЗК 9. спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК)

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ФК 15. Здатність до проведення експертизи працездатності

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних

форм

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН)

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки

стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 9. Визначати характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими

алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря- керівника в умовах лікувальної установи

ПРН 14. Визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчувати пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, цистоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної теми мається на увазі

огляд, пальпація органів сечовидільної системи) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.

8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та за його згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.

Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання

Робота 1.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки СКХ, складає діагностичну програму, формулює діагноз. Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. Які клінічні симптоми СКХ?
2. Які Ви знаєте ускладнення СКХ?
3. Які основні методи обстеження хворих на СКХ?

Робота 2.

Провести диференціальну діагностику.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного

обстеження, лабораторних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з СКХ. Запитання, на які повинен відповісти студент.

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яку тактику оберете в лікуванні хворих на СКХ?
3. Які знаєте сучасні напрямки лікування хворих на СКХ?

Робота 3.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого. Проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки нефроптозу, складає діагностичну програму, формулює діагноз. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які основні симптоми нефроптозу?
2. Які Ви знаєте ускладнення нефроптозу?
3. Яка класифікація нефроптозу?
4. Які основні методи обстеження хворих з нефроптозом?

Робота 4.

Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного

обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить

диференціальний діагноз хворого з нефроптозом. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які покази до оперативного лікування при нефроптозі?
3. Які Ви знаєте види нефропексій?

Робота 5.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні симптоми гідронефрозу, складає

діагностичну програму, формулює діагноз. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які клінічні симптоми гідронефрозу?
2. Яка класифікація гідронефрозу?
3. Який об'єм діагностичних заходів потрібно провести хворому з гідронефрозом?

Робота 6.

Проведення диференціального діагнозу.

Студент, на основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, УЗД, рентгенологічних та лабораторних досліджень, проводить диференціальний діагноз хворого з гідронефрозом. Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями Ви будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яка лікувальна тактика ведення хворих з гідронефрозом?
3. Види оперативних втручань при гідронефрозі.

Робота 7.

Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання та життя хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки нефрогенної гіпертензії, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які основні симптоми нефрогенної гіпертензії?
2. Яка класифікація нефрогенної гіпертензії?
3. Які методи дослідження потрібно провести хворим з нефрогенною гіпертензією?

Робота 8.

Проведення диференціально діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, лабораторних, рентгенологічних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворих з нефрогенною гіпертензією.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Яка лікувальна тактика ведення хворих з нефрогенною гіпертензією?

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Етіологія і патогенез СКХ.
2. Симптоматологія і перебіг каменів нирок і сечоводів.
4. Діагностика каменів сечоводів.
5. Диф. діагностика між нирковою колькою і гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини.
6. Консервативне лікування СКХ.
7. Оперативне лікування СКХ.

8. Лікування ниркової кольки.
9. Клініка і діагностика каменів сечового міхура.
10. Лікувальна тактика у хворих з каменями сечового міхура.
11. Етіологія і патогенез гідронефрозу.
12. Класифікація гідронефрозу.
13. Симптоматика і клінічний перебіг гідронефрозу.
14. Діагностика гідронефрозу.
15. Диф. діагностика гідронефрозу.
16. Причини виникнення нефроптозу.
17. Класифікація нефроптозу.
18. Клінічні прояви нефроптозу.
19. Діагностика нефроптозу.
20. Диференціальна діагностика нефроптозу.
21. Лікування нефроптозу.
22. Класифікація нефрогенної артеріальної гіпертензії.
23. Патогенез нефрогенної артеріальної гіпертензії.
24. Симптоматика та клінічний перебіг нефрогенної артеріальної гіпертензії.

Тестові завдання та ситуаційні

задачі:

1. При камені миски нирки 25×20 мм і камені юкставезикального відділу сечоводу 12×9 мм з тієї ж сторони показані:
 - A. Люмботомія по Федорову і розріз по Пирогову.
 - B. Розріз по Ізраелю.
 - C. Параректальної розріз.
 - D. Уретеролітомія першим етапом.
 - E. Пієлолітомія другим етапом.
2. При коралоподібному камені III ступеня планується пієлолітомія, нефротомія і нефростомія. Розташування нирки високе, XI і XII ребра довгі. Раціональним оперативним доступом буде:
 - A. Люмботомія по Нагамацу.
 - B. Люмботомія з переходом в 9-е міжребер'я.
 - C. Люмботомія з переходом в 11-е міжребер'я.
 - D. Люмботомія по Ізраелю.
 - E. Люмботомія по Федорову.
3. При уратном (рентгенонегативному) камені середньої третини сечоводу, розміром 15×9 мм з тієї ж сторони показані:

- A. Уретеролітотомія.
 - B. Встановлення сечоводового катетеру.
 - C. Літоліз.
 - D. Спазмолітична терапія, електростимуляція сечоводу.
 - E. Нефростомія.
4. У хворого двобічні рентгеноконтрастні коралоподібні камені нирок. Підозра на гіперпаратиреоз. У план діагностики слід включити:
- A. Все, крім реніну та альдостерону крові.
 - B. Визначення реніну, альдостерону крові.
 - C. Визначення кальцію, фосфору сироватки крові і добової сечі.
 - D. Визначення паратгормона, кальцитоніну крові.
 - E. Пробу з паратгормоном, сканування скелета.
5. Назвіть, яку операцію проводять при каменях сечового міхура:
- A. Цистолітотомія.
 - B. Пієлолітотомія
 - C. Екстракція конкременту петлею.
 - D. Уретеролітотомія.
 - E. Екстирпація сечового міхура.
6. Назвіть найбільш інформативний метод діагностики каменю сечового міхура:
- A. Цистографія.
 - B. Уретерографія
 - C. Оглядова урограма.
 - D. Пневмоцистографія.
 - E. Екскреторна пієлографія.
4. Вкажіть ускладнення нефролітіазу єдиної вродженої нирки:
- A. Гідронефроз.
 - B. Нефроптоз
 - C. Паранефрит.
 - D. Полікістоз.
 - E. Варикоцеле.
5. Яке лікування необхідно застосувати для купування ниркової кольки:
- A. Катетеризація сечоводу і миски..
 - B. Антигістамінні
 - C. Прозерин.
 - D. Новокаїнові блокади сім'яного канатику або круглої зв'язки матки.
 - E. Введення сечогінних препаратів.
6. При локалізації каменю в нижній третині сечоводу необхідно провести диференціальну діагностику з наступними нозологіями:
- A. Апендицит.

- В. Уретрит.
- С. Аднексит.
- Д. Коліт.
- Е. Панкреатит.

Ситуаційні задачі:

1. У хворого В., 40 років, спостерігаються сильні болі в правій поперековій ділянці (які ірадіюють в праву клубово-пахову ділянку і яєчко). При сечовипусканні сеча червоного кольору. Можливий діагноз:

- А. Камінь сечоводу.
- В. Гострий пієлонефрит.
- С. Остеохондроз хребта.
- Д. Простатит.
- Е. Кишкова колька.

2. Жінка, 45 років, поступила в урологічне відділення через добу від початку захворювання, зі скаргами на болі в правій поперековій ділянці, озноб.

Температура тіла 38^oC. Лейкоцитоз - 13000. В аналізах сечі лейкоцити 3-6 в полі зору, еритроцити незмінені 24-40 в полі зору. На оглядовій урограмі видно тінь в проекції поперекового відділу правого сечоводу 0,9x1.0 см. Ваша подальша діагностична та лікувальна тактика?

- А. Відновити пасаж сечі і призначити антибактеріальну терапію.
- В. Хромоцистоскопія.
- С. Масаж спини.
- Д. Локальне тепло.
- Е. Спазмолітики.

3. Хворий, фізично міцний чоловік 50 років, раптово зазначив колючі болі в паху справа. Незабаром болі відчувалися по всій половині живота і поперекової ділянки справа, набули надзвичайно гострого, нестерпного характеру. Через сильний біль, хворий займає колінно-ліктьове положення, то схоплюється, то бігає по кімнаті. Скаржиться на

різі в сечівнику, часті позиви до сечовипускання. Покритий потом, пульс 90 за хвилину, АТ 110/60 мм рт.ст. Температура нормальна. Сеча мутна, при лабораторному дослідженні - еритроцити до 10 в полі зору, фосфати +++++. Які дослідження необхідні для постановки діагнозу і лікування?

- A. УЗД сечостатевої системи.
- B. Капрограма.
- C. Біохімічні показники крові.
- D. Ректальний огляд простати.
- E. Аналіз секрету передміхурової залози.

4. Який з перерахованих методів рентген-діагностики у хворого К., 43 роки, найбільш інформативний при уролітіазі?

- A. Комп'ютерна томографія.
- B. Оглядова рентгенографія.
- C. МРТ.
- D. Екскреторна урографія. 128
- E. Ультрасонографія.

5. У хворого Т., 20 років, коралоподібний рентген позитивний камінь II стадії (тип миски

- позанирковий), хронічний латентний пієлонефрит, педункуліт.

Оптимальний метод лікування: A. Втручання не проводити.

- B. Ударно-хвильова літотрипсія.
- C. Секційна нефролітотомія.
- D. Пієлокаліколітотомія, нефростомія.
- E. Літоліз.

6. В клініку доставлений хворий 43 років, попередній діагноз: СКХ.

Камінь правого сечоводу. Яке положення хворого при нирковій коліці?

- A. Безперервно змінює положення тіла.
- B. Нерухоме на спині.

С. Лежачи на боці.

Д. Вимушене положення, сидячи на стільці.

Е. Вертикальне положення.

7. У хворого В., 42 років, діагноз: Лівобічна ниркова колька. Напад триває 2 дні. При УЗ- дослідженні має місце розширення миски лівої нирки. Яка типова іррадіація болів при нирковій коліці?

А. В пахову область, статеві органи.

В. У мечоподібний відросток грудини.

С. В епігастральній ділянці.

Д. У промежину.

Е. В шию.

8. У хворого В., 60 років, виявили камені в проекції лівої нирки на оглядовій урограмі. До рентгенконтрастних сечових каменів належать всі перераховані, крім:

А. Урати і сечокислі камені.

В. Фосфати.

С. Змішані.

Д. Оксалати.

Е. Урати і оксалати.

9. Пацієнт В., 46 років, страждає на подагру 4 роки. В аналізах сечі виявлено солі - урати в великій кількості. Яку їжу повинен виключити пацієнт?

А. М'ясну їжу.

В. Змішану їжу.

С. Овочі та фрукти некислих сортів.

Д. Овочі та фрукти кислих сортів.

Е. Мінеральну воду «Боржомі». 129

10. У поліклініку звернулася хвора А., 37 років, зі скаргами на загальну слабкість, ниючі болі в попереку праворуч. Дві години тому перенесла напад правобічної ниркової кольки, яка супроводжувалася підвищенням

температури, лихоманкой з наступним швидким зниженням температури, проливним потом і зникненням болів в попереку. У момент

огляду симптом Пастернацького слабо-позитивний справа, нирки не пальпуються, сечовипускання не порушено, сеча чиста, температура тіла 37,4 0С. Найбільш ймовірний діагноз:

- A. Камінь правого сечоводу, гострий пієлонефрит.
- B. Гострий гнійний пієлонефрит.
- C. Пієліт.
- D. Гострий гематогенний пієлонефрит.
- E. Кишкова колька.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

1. Етіопатогенез сечокам'яної хвороби
2. Класифікація конкрементів
3. Симптоми сечокам'яної хвороби
4. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи обстеження в діагностиці сечокам'яної хвороби
5. Лікування сечокам'яної хвороби
6. Профілактика сечокам'яної хвороби
7. Етіопатогенез нефроптозу
8. Класифікація нефроптозу
9. Симптоми нефроптозу
10. Рентгенологічні, функціональні, інструментальні, лабораторні, ендоскопічні методи обстеження в діагностиці нефроптозу
11. Лікування нефроптозу
12. Діагностика вазоренальної гіпертензії
13. Диф. діагностика нефрогенної гіпертензії.
14. Лікування вазоренальної гіпертензії.
15. Симптоматика паренхіматозної гіпертензії.
16. Діагностика і диф. діагностика паренхіматозної гіпертензії.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Етіологія і патогенез СКХ.
2. Хімічний склад каменів та умови їх утворення. Симптоматологія і перебіг каменів нирок і сечоводів.
3. Діагностика каменів сечоводів.
4. Диф. діагностику між нирковою колькою і гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини.
5. Консервативне лікування СКХ.
6. Оперативне лікування СКХ.
7. Лікування ниркової кольки.
8. Сечокам'яна хвороба у вагітних і дітей.
9. Ускладнення СКХ та їх лікування.
10. Причини утворення каменів сечового міхура.
11. Клініка і діагностика каменів сечового міхура.
12. Лікувальна тактика у хворих з каменями сечового міхура.
13. Етіологія і патогенез гідронефрозу.
14. Класифікація гідронефрозу.
15. Симптоматика і клінічний перебіг гідронефрозу.
16. Діагностика гідронефрозу.
17. Диф. діагностика гідронефрозу.
18. Лікування гідронефрозу.
19. Причини виникнення нефроптозу.
20. Класифікація нефроптозу.
21. Клінічні прояви нефроптозу.
22. Діагностика нефроптозу.
23. Диференціальна діагностика нефроптозу.
24. Лікування нефроптозу.
25. Класифікація нефрогенної артеріальної гіпертензії.
26. Патогенез нефрогенної артеріальної гіпертензії.
27. Симптоматика та клінічний перебіг.

28. Діагностика вазоренальної гіпертензії на I етапі.
29. Діагностика на II етапі.
30. Діагностика на III етапі.
31. Диф. діагностика нефрогенної гіпертензії.
32. Лікування вазоренальної гіпертензії.
33. Паренхіматозна гіпертензія .Етіологія, патогенез.
34. Симптоматика паренхіматозної гіпертензії.
35. Діагностика і диф. діагностика паренхіматозної гіпертензії.
36. Лікування паренхіматозної гіпертензії.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Виявити основні клінічні ознаки СКХ.
2. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.
3. Скласти програму додаткових методів обстеження.
4. Провести диференціальну діагностику.
5. Обґрунтувати консервативне лікування і покази до оперативного втручання.
6. Вміти оцінити екскреторні, ретроградні урографії з різними контрастними речовинами і киснем.
7. Виявити основні клінічні ознаки нефроптозу і гідронефрозу.
8. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.
9. Скласти програму додаткових методів обстеження.
10. Провести диференціальну діагностику.
11. Обґрунтувати медикаментозне лікування і покази до оперативного втручання.
12. Вміти читати рентгенограми хворих з нефроптозом і гідронефрозом.
13. Виявити основні клінічні ознаки нефрогенної гіпертензії.
14. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.
15. Скласти програму додаткових методів обстеження.
16. Провести диференціальну діагностику.
17. Обґрунтувати медикаментозне лікування і покази до оперативного втручання.

Еталони відповідей на тести:

1. А
2. А
3. А
4. А
5. А
6. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. А
2. А
3. А
4. А
5. А
6. А
7. А
8. А
9. А
10. А

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник.-Дніпропетровськ: РВА "Дніпро-VAL". 2017.- 830с.
2. Урологія /С.О.Возіанов, М.Р.Гжегоцький, О.В.Шуляк, Ю.С.Петришин, О.Г.Мисковець, О.О.Строй.-Львів: Світ 2017.-304с.
3. Компакт-диск «Урологія », 2002р.
4. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

1. Бойко Н. И. Простатит. Новый взгляд на старую проблему. Урологія. 2017.-110с.
2. Хвороби передміхурової залози / під ред. Ю. Г. Аляева. М. : Геотар-Медіа, 2019. 240 с.

ТЕМА 18: ГОСТРА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ. УРГЕНТНА УРОЛОГІЯ.

МЕТА: Вміти діагностувати гостру ниркову недостатність і визначити принципи лікування хворих з цим патологічним станом.

Навчити діагностувати та надавати невідкладну допомогу при гострих урологічних захворюваннях (гострі пієлонефрити, гострий паранефрит, гострий орхоепідидіміт, гостра затримка сечі, перекрут сім'яного канатика, анурія, ниркова колька, гематурія).

Професійна орієнтація студентів.

Гостра ниркова недостатність (ГНН) веде до тяжких порушень гомеостазу, затримки в крові продуктів азотистого розпаду, змін у водно-електролітному балансі і лужно-кислотному стані. В більшості випадків при ГНН морфологічні зміни в нирковій тканині зворотні і, відповідно, можливе виздоровлення хворого, не дивлячись на крайню важкість перебігу цього захворювання. Ургентна урологія набуває більш важливе значення у зв'язку з урбанізацією населення - зростає травматизм, збільшується кількість хворих на СКХ, що супроводжується нирковою колікою.

ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ЗК):

ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу

ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями

ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності

ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення

ЗК 7. Здатність працювати в команді

ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії

ЗК 9. спілкуватись державною мовою як усно, такі письмово; здатність спілкуватись іноземною мовою

ЗК 10. Здатність використовувати інформаційні і комунікаційні технології

ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел

ФАХОВІ КОМПЕТЕНТНОСТІ (ФК)

ФК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані

ФК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.

ФК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання

ФК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань

ФК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань

ФК 7. Здатність до діагностування невідкладних станів

ФК 8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги

ФК 10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій

ФК 15. Здатність до проведення експертизи працездатності

ФК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм

ФК 24. Дотримання етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами

ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ (ПРН)

ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, подальше професійного навчання з високим рівнем автономності

ПРН 2. Розуміння та знання фундаментальних, біомедичних і клінічних наук на рівні достатньому для вирішення професійних задач у сфері охорони здоров'я

ПРН 3. Мати спеціалізовані концептуальні знання, що є основою для проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, критично

осмислювати проблеми у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем

ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2)

ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4), враховуючи вік пацієнта

ПРН 6. Встановлювати заключний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря-керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2).

ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2)

ПРН 8. Визначити головний клінічний синдром або чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого (за списком 3) шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу

ПРН 9. Визначити характер та принципи лікування хворих (консервативне, оперативне), із захворюваннями (за списком 2), та методи реабілітації хворих, враховуючи вік пацієнта, в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами та на етапах медичної евакуації, в т.ч. у польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами, використовуючи уніфіковані клінічні протоколи та міжнародні настанови щодо надання медичної допомоги; у разі необхідності розширити стандартні схеми, вміти обґрунтувати персоніфіковані рекомендації під контролем лікаря-керівника в умовах лікувальної установи

ПРН 14. Визначити тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах (за списком 3) в умовах обмеженого часу згідно з

існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування

ПРН 17. Виконувати медичні маніпуляції (за списком 5) в умовах лікувального закладу, вдома або на виробництві на підставі стану пацієнта шляхом прийняття обґрунтованого рішення, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм

ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, вміти її аналізувати, оцінювати та застосовувати відповідно до принципів доказової медицини

МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Практична частина заняття

Алгоритм спілкування студентів із пацієнтами з патологією, що розглядається по темі (комунікативні навички):

1. Привітатись та назвати себе.
2. На обличчі повинна бути привітна усмішка - це дозволяє встановити до вас довірчі відносини з боку пацієнта.
3. Пацієнту в приємній формі слід пояснити мету візиту, тему й тривалість бесіди та отримати його згоду.
4. Якщо пацієнт тільки поступає в стаціонар провести коректну та спокійну бесіду з його родичами, в якій разом з лікуючим лікарем повідомити їх про попередній діагноз, мету госпіталізації, проведення певних обстежень, які плануються для виконання в майбутньому.
5. Перед проведенням фізикальних методів обстеження пояснити пацієнту яке обстеження буде виконано, вказати на певні неприємні відчуття і дискомфорт, які може відчувати пацієнт під час цього обстеження, наголосити на обов'язковості цього обстеження в діагностиці даного захворювання та отримати його згоду.
6. За потреби транспортування до місця обстеження (оглядова кімната, цистоскопічний кабінет, кабінет УЗД) пояснити її необхідність пацієнту.
7. Підготуватись до проведення обстеження (для даної теми мається на увазі огляд, пальпація органів сечовидільної системи) – помити руки теплою водою, вдягнути рукавички, підготувати інструментарій до виконання тієї чи іншої діагностичної маніпуляції.
8. Провести те чи інше заплановане обстеження чи лікувальну маніпуляцію.
9. Разом з лікуючим лікарем в коректній та доступній для розуміння

- пацієнтом формі пояснити результати того чи іншого обстеження.
10. Залучити близьких пацієнта до бесіди та в доступній формі пояснити їм результати даних обстежень а за наявності попередніх обстежень порівняти їх результати, обов'язково з'ясувавши чи зрозумілі для них ваші пояснення.
 11. Обов'язково тільки в присутності лікуючого лікаря обґрунтовувати доцільність оперативного втручання для лікування даної патології у курованого хворого.
 12. Після проведеного хірургічного лікування тільки в присутності лікуючого лікаря та зайого згоди повідомити результати оперативного втручання хворому та його родичам а також про можливість виникнення тих чи інших ранніх чи віддалених післяопераційних ускладнень.
 13. За умов обстеження хворого в післяопераційному періоді слід пояснити пацієнту як вірно виконувати гігієнічні процедури, тощо.
 14. У ввічливій формі отримати згоду пацієнта на участь в перев'язці.
 15. Разом з лікуючим лікарем пояснити пацієнту, а при потребі і найближчим родичам, ті чи інші дії щодо маніпуляцій, які виконані чи плануються виконуватися в майбутньому а також тактики подальшого лікування.
 16. Завершити бесіду слід обов'язково з побажанням пацієнту найшвидшого одужання.

Робота 1. Обґрунтувати та сформулювати клінічний діагноз.

Студент збирає скарги, анамнез захворювання і життя у хворого, проводить об'єктивне обстеження, виявляє основні клінічні ознаки гострої ниркової недостатності, складає діагностичну програму, формулює діагноз.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. Які клінічні симптоми ГНН?
2. Класифікація ГНН за етіологічними факторами і стадіями?
3. Назвати константи біохімічного аналізу крові (рівень креатиніну, сечовини, електролітів, білків, білірубін).

Робота 2. Провести диференціальний діагноз.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, рентгенологічних, лабораторних та УЗД досліджень, студент проводить диференціальний діагноз хворого з ГНН.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Який об'єм консервативної терапії в залежності від стадії ГНН.
3. Які покази до оперативного лікування ГНН?

Робота 3 . Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного

обстеження, лабораторних, Рентгенологічних, УЗД досліджень. студент проводить диференціальний діагноз хворого з нирковою колькою.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими хірургічними захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які допоміжні методи діагностики застосувати з метою диф. діагностики?
3. Яка лікувальна тактика при нирковій кольці?

Робота 4. Проведення диференціального діагнозу.

На основі скарг, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження,

лабораторних, Рентгенологічних, УЗД досліджень. студент проводить диференціальний діагноз хворого з нирковою колькою.

Запитання, на які повинен відповісти студент:

1. З якими хірургічними захворюваннями будете проводити диференціальний діагноз?
2. Які допоміжні методи діагностики застосувати з метою диф. діагностики?
3. Яка лікувальна тактика при нирковій кольці?

Семінарське обговорення теоретичних питань

1. Основні симптоми і синдроми ГНН.
2. Класифікація ГНН за етіологічними факторами і стадіями.
3. Лікувальна тактика при ГНН в залежності від етіологічного фактору та стадії.
4. Основні симптоми і синдроми гострих урологічних захворювань.
5. Необхідний об'єм і послідовність методів обстежень: фізичних і лабораторних.
6. Клініка ниркової коліки
7. Діагностика ниркової коліки
8. Лікування ниркової коліки
9. Диференціальна діагностика ниркової коліки
10. Клініка і діагностика парафімозу
11. Лікування парафімозу
12. Диференціальна діагностика ургентних станів в урології з хірургічними захворюваннями (ниркової коліки з гострим апендицитом, холециститом, перфоративною виразкою).
13. Покази та протипокази до консервативного і оперативного лікування ургентних станів

Тестові завдання та ситуаційні задачі:

1. Характерним проявом ГНН є:

- A. Олігоанурія, гіперазотемія, гематурія, протеїнурія.
 - B. Гіпоізостенурія, олігурія, аміноацидурія, ацидоз.
 - C. *Зменшення виділення сечі (аж до анурії), гіперазотемія, порушення водно- електролітного балансу, кислотно-лужної рівноваги тощо.
 - D. Анурія, ацидоз, хілурія, гіперкаліємія.
 - E. Зменшення діурезу (аж до анурії), гіперазотемія, гіперкапнія, гіперкаліємія.
2. Причини ГНН поділяються на:
- A. Преренальні, ренальні, екстраренальні та аренальні.
 - B. Ренальні, преренальні, інтраренальні, аренальні.
 - C. Преренальні, екстраренальні, постренальні, аренальні.
 - D. *Постренальні, ренальні і преренальні.
 - E. Преренальні, інтраренальні, ренальні.
3. У перебігу ГНН розрізняють такі стадії:
- A. Шокову, компенсаторну, олігоануричну, поліуричну.
 - B. Початкову, субкомпенсації, уремії, поліурії.
 - C. *Початкову, олігоануричну, відновлення діурезу, видужування.
 - D. Шокову, олігоануричну, уремічну, видужування.
 - E. Початкову, олігоануричну, полакіуричну, видужування.
4. Стадії олігоанурії властиві:
- A. Гіпостенурія, гіпеазотемія, гіперкаліємія, гіпернатріємія, гіпоацидоз.
 - B. Гіпостенурія, гіперкреатинемія, гіпонатріємія, гіпопротіїнемія, ацидоз.
 - C. *Гіпостенурія, гіпеазотемія, гіперкреатинемія, гіпокальціємія, гіпонатріємія, ацидоз □
 - D. Гіпоізостенурія, гіпеазотемія, гіперпротеїнемія, гіперкаліємія, алкалоз.
 - E. Гіпостенурія, протеїнурія, анемія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, ацидоз.
5. Стадія олігоанурії клінічно проявляється:
- A. Зниженням діурезу, сухістю шкіри і слизової рота, нудотою, блюванням, набряками, тахікардією, аритмією.
 - B. Зниженням діурезу, набряками, сухістю в роті, тахікардією, артеріальною гіпертензією.
 - C. Зниженням діурезу, спрагою, набряком легень, ексікозом, свербінням і сухістю шкіри, тахікардією, гіподинамією.
 - D. *Зниженням діурезу, спрагою, набряками, свербінням і сухістю шкіри, почастим диханням, тахікардією, нестабільністю АТ, гіперрефлексією.
 - E. Зниженням діурезу, спрагою, ексікозом, тахікардією, почастим диханням
6. Для стадії відновлення діурезу характерні:
- A. Поліурія, гіпостенурія, гіпеазотемія, гіперкаліємія,

- гіпернатріємія, ексідоз, гіподинамія.
- В. Поліурія, гіпостенурія, нормалізація рівня азоту в крові, гіперкаліємія, ексікоз, гіподинамія, гіпорексія.
 - С. Поліурія, гіпоізостенурія, гіперазотемія, гіперкаліємія, гіпорексія.
 - Д. *Поліурія, гіпостенурія, ексікоз, гіпокаліємія, гіпотонія, нормалізація рівня азотемії, гіпернатріємія, анемія, гіпоальбумінемія.
 - Е. Поліурія. Гіпоізостенурія, ексікоз, гіпокаліємія, гіпертонія, нормалізація рівня азотемії, гіпонатріємія, анемія, гіпоальбумінемія.
7. Для з'ясування причин ГНН необхідні дані:
- А. Анамнезу, біохімічного і загального аналізу крові, заг. аналізу сечі, посіву сечі на флору, рентгенологічного обстеження.
 - В. Анамнезу, біохім. і заг. ан. крові, заг. ан. сечі, ізотопної ренографії, посіву сечі на флору.
 - С. *Анамнезу, біохімічного і загального аналізу крові, ізотопної ренографії, катетеризації сечоводів, оглядової і ретроградної урографії.
 - Д. Анамнезу, біохімічного і загального аналізу крові, хромоцистоскопії, катетеризації сечоводів, оглядової та екскреторної урографії.
 - Е. Анамнезу, біохімічного і загального аналізу крові, хромоцистоскопії, комп'ютерної томографії нирок.
8. Найчутливішими тестами недостатності нирок є:
- А. Рівень азотемії.
 - В. *Рівень креатинемії.
 - С. Концентрація калію в плазмі крові.
 - Д. Концентрація натрію в плазмі крові.
 - Е. Протеїнурія та ацидоз.
9. Найнебезпечнішими для життя хворого на стадії відновлення діурезу є:
- А. Підвищення рівня азотемії.
 - В. Анемія і протеїнемія.
 - С. *Гіпокаліємія.
 - Д. Гіпонатріємія.
 - Е. Ацидоз.
10. При пошкодженні яких органів використовується епіцистостомія?
- А. *Розрив сечового міхура та уретри.
 - В. Розрив нирки та уретри.
 - С. Розрив сечовода і міхура.
 - Д. Розрив нирки і міхура.
 - Е. Розрив сечовода та уретри.

11. Які причини постренальної анурії?

- A. *Перев'язка сечоводів, камені сечоводів.
- B. Переливання несумісної крові.
- C. Шок, колапс.
- D. Емболія ниркових артерій.
- E. Вживання токсичних речовин.

12. Як віддиференціювати гостру затримку сечі від анурії?

- A. *Провівши катетеризацію сечового міхура.
- B. Шляхом цистостомії.
- C. Хромоцистоскопією.
- D. Надлобковою пункцією сечового міхура.
- E. Цистоскопією.

Ситуаційні задачі:

Пацієнтка 65 років, була госпіталізована з діагнозом інфекційного шоку.
При

лабораторному аналізі виявлено підвищену концентрацію креатиніну в сироватці крові, а також низький діурез. Який вид гострої ниркової недостатності найімовірніший у цього пацієнта?

- A. Преренальна ниркова недостатність
- B. Постренальна ниркова недостатність
- C. Інтраренальна ниркова недостатність
- D. Токсична ниркова недостатність
- E. Постінфекційна ниркова недостатність

Хворий зі значним збільшенням артеріального тиску, якому була проведена операція на серці. Після операції він став скаржитися на набряки та зниження кількості сечі.

Який вид гострої ниркової недостатності найімовірніший у цього пацієнта?

- A. Преренальна ниркова недостатність
- B. Постренальна ниркова недостатність
- C. Інтраренальна ниркова недостатність
- D. Токсична ниркова недостатність
- E. Постінфекційна ниркова недостатність

У пацієнта, якому недавно була проведена операція на нирках, виявлено збільшення креатиніну в крові та низький діурез. Який вид гострої ниркової недостатності найімовірніший у цього пацієнта?

- A. Преренальна ниркова недостатність
- B. Постренальна ниркова недостатність
- C. Інтраренальна ниркова недостатність
- D. Токсична ниркова недостатність

Е. Постінфекційна ниркова недостатність
Пацієнтка після тривалого застосування неперервного інфузійного антибіотикотерапії розвинула підвищену токсичність ліків та погіршення функції нирок. Який вид гострої ниркової недостатності найімовірніший у цієї пацієнтки?

- А. Преренальна ниркова недостатність
- В. Постренальна ниркова недостатність
- С. Інтраренальна ниркова недостатність
- D. Токсична ниркова недостатність
- Е. Постінфекційна ниркова недостатність

Пацієнтка з гострим інфекційним пієлонефритом скаржить на набряки та зниження сечовиділення. Який вид гострої ниркової недостатності найімовірніший у цієї пацієнтки?

- А. Преренальна ниркова недостатність
- В. Постренальна ниркова недостатність
- С. Інтраренальна ниркова недостатність
- D. Токсична ниркова недостатність
- Е. Постінфекційна ниркова недостатність

ОСНОВНІ ПИТАННЯ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЮТЬСЯ НА ЗАНЯТТІ:

- 1 Невідкладна допомога при нирковій кольці.
- 2 Класифікація закритих травм нирок.
- 3 Діагностика травм нирок.
- 4 Лікувальна тактика при закритих травмах нирок.
- 5 Діагностика і лікування закритих травм сеч.міхура.
- 6 Невідкладна допомога при розривах уретри.
- 7 Диф. діагностика між гострою затримкою сечі і анурією.
- 8 Діагностика і лікування перекруту сім'яного канатика.
- 9 Діагностика і лікування гострого орхоепідіміту.
- 10 Класифікація ГНН.
- 11 Симптоматологія ГНН.
- 12 Діагностика ГНН. в початковій стадії.
- 13 Діагностика ГНН в олігоануричній стадії.
- 14 Диф. діагностика анурії з гострою затримкою сечі.

- 15 Лікування преренальної ГНН.
- 16 Лікування ренальної ГНН.
- 17 Лікування постренальної ГНН.
- 18 Симптоматологію і клінічний перебіг гострих урологічних захворювань.
- 19 Інструментальні методи діагностики цих захворювань.
- 20 Класифікація гострих пієлонефритів.
- 21 Діагностика, лікування гострого пієлонефриту

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

1. Класифікація ГНН.
2. Симптоматологія ГНН.
3. Діагностика ГНН. в початковій стадії.
4. Діагностика ГНН в олігоануричній стадії.
5. Диф. діагностика анурії з гострою затримкою сечі.
6. Лікування преренальної ГНН.
7. Лікування ренальної ГНН.
8. Лікування постренальної ГНН.
9. Симптоматологію і клінічний перебіг гострих урологічних захворювань.
10. Інструментальні методи діагностики цих захворювань.
11. Класифікація гострих пієлонефритів.
- 12 Діагностика, лікування гострого пієлонефриту
- 13 Невідкладна допомога при нирковій кольці.
- 14 Класифікація закритих травм нирок. 15. Діагностика травм нирок.
16. Лікувальна тактика при закритих травмах нирок.
17. Діагностика і лікування закритих травм сеч. міхура.
18. Невідкладна допомога при розривах уретри.

19. Диф. діагностика між гострою затримкою сечі і анурією.
20. Діагностика і лікування перекруту сім'яного канатика.
21. Діагностика і лікування гострого орхоепідіміту.

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. На основі скарг хворого і анамнезу запідозрити ГНН.
2. Скласти план обстеження хворого з ГНН.
3. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
4. Провести диференціальну діагностику.
5. Обґрунтувати медикаментозне лікування і покази до оперативного.
6. Вміти оцінити біохімічний аналіз крові (рівень креатиніну, сечовини, електролітів, білків), ан. сечі, добовий діурез, рентгенограми.
7. Виявити основні клінічні ознаки ургентних станів.
8. Обґрунтувати і сформулювати клінічний діагноз.
9. Скласти програму додаткових методів обстеження.
10. Провести диференціальну діагностику.
11. Обґрунтувати медикаментозне лікування і покази до оперативного втручання.

Еталони відповідей на тести:

1. С
2. D
3. С
4. С
5. D
6. D
7. С
8. В
9. С
10. А
11. А
12. А

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

1. В
2. А
3. С
4. D
5. Е

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ І НАУКОВИХ ВИДАНЬ

ОСНОВНІ

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник.- Дніпропетровськ: РВА "Дніпро-VAL". 2017.- 830с.
2. Урологія /С.О.Возіанов, М.Р.Гжегоцький, О.В.Шуляк, Ю.С.Петришин,О.Г.Мисковець, О.О.Строй.-Львів: Світ 2017.- 304с.
3. Компакт-диск «Урологія », 2002р.
4. Матеріали для підготовки студентів до практичних занять та лекцій

ДОДАТКОВІ

1. Бойко Н. И. Простатит. Новий погляд на стару проблему. Урологія. 2017.-110с.
2. Хвороби передміхурової залози / під ред. Ю. Г. Аляева. М. : Геотар-Медіа, 2019. 240 с.

Галей Микола Михайлович

Марчук Іван Петрович

ХІРУРГІЯ

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ

до практичних занять

**для здобувачів освіти 4 курсу
галузі знань 22 охорона здоров'я,
спеціальності 222 Медицина,
освітньої програми Медицина**

Видання друкується в авторській редакції