# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім.М.І.ПИРОГОВА**

Факультет ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра ХІРУРГІЇ №2

Автор доц. ЖМУР А.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри

професор М.І.ПОКИДЬКО

«\_28\_»\_СЕРПНЯ\_2017\_ р.

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКА**

**семінарського заняття**

**Тема:** ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ ХІРУРГІЯ**

**ВІННИЦЯ 20\_\_\_\_ р.**

**Тривалість заняття: 18 годин.**

**Мета:** визначення рівня знань інтернів хірургічного профілю про розвиток гострого панкреатиту; тактику лікування гострого панкреатиту: покази та об'єм консервативного та оперативного лікування; пізні ускладнення гострого панкреатиту; покази до оперативного лікування; з ранні та пізні ускладнення гострого панкреатиту; покази до оперативного лікування; тактику при хірургічному лікуванні (доступи, інтраопераційну оцінку ситуації, об’єм оперативного лікування та післяопераційне лікування хворих на ускладнення гострого панкреатиту; проблему хронічного панкреатиту, кісти підшлункової залози.

1. **ПЛАН СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Розділи | Час у годинах |
| ТВ |
| 1 | Вступ   * ознайомлення інтернів з темою заняття | 1 |
| 2 | Викладення основного матеріалу   * Організація ургентної хірургічної та анестезіологічної допомоги в Україні; * Анатомія підшлункової залози (кровопостачання, іннервація, лімфо відтік від підшлункової залози); * Класифікація гострого панкреатиту; * Етіологія гострого панкреатиту відповідно до класифікації; * Патогенез розвитку гострого панкреатиту в залежності від етіології на рівні підшлункової залози; * Патогенез системних змін при гострому панкреатиті; * Діагностичні шкали оцінки стану хворих на гострий панкреатит; * Додаткові інструментальні методи обстеження хворих на гострий панкреатит; * Морфофункціональні зміни підшлункової залози, інших органів і систем при гострому панкреатиті. * Термін, об’єм та якісний склад консервативної терапії при гострому панкреатиті. * Роль лапароскопічних втручань в лікуванні гострого панкреатиту; * Покази до оперативного лікування при гострому панкреатиті; * Об’єм оперативного втручання при гострому панкреатиті. * Класифікація ускладнень гострого панкреатиту; * Передопераційна підготовка у хворих на гнійно-некротичні ускладнення гострого панкреатиту в залежності від її виду (тривалість та об’єм) * Покази до оперативного лікування при ускладненнях гострого панкреатиту; * Тактика хірурга при варіантах гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту; * Варіанти дренування при гнійно-некротичних ускладненнях гострого панкреатиту; * Післяопераційне лікування хворих на гнійно-некротичні ускладнення гострого панкреатиту (напрямки та об’єм). * Хронічний панкреатит: етіологічні чинники. * Класифікація хронічного панкреатиту; * Діагностичний алгоритм при хронічному панкреатиті * Консервативна терапія і покази до оперативного лікування хронічного панкреатиту. * Покази до оперативного лікування при хронічному панкреатиті; * Об’єм оперативного втручання при різних формах хронічного панкреатиту. | 15 |
| 3 | Висновок:   * підведення підсумків проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів | 2 |

**ІІ. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ**

**Задача №1**

Хворий 50 років який страждає на жовчно-кам'яну хворобу після вживання жирної їжі через 4 години відчув наростаючий біль в епігастральній ділянці, який супроводжувався багаторазовим блюванням. Наростала слабкість. Який імовірний діагноз? Які додаткові методи обстеження потрібно застосувати?

**Задача №2**

Хворий 35 років отримав тупий удар в епігастральну ділянку внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Через годину стан хворого погіршився. Біль почав підсилюватись, виникла нудота та багаторазова блювота, відмічалась нестабільність гемодинаміки з тенденцією зо зниження артеріального тиску та наростанні тахікардії. УЗД органів черевної, грудної порожнин, а потім і КТ цих же ділянок ознак кровотечі не виявило. ФГДС – без патології. В крові наростав рівень ферментів підшлункової залози. Який імовірний діагноз? Яка доцільна тактика лікування?

**Задача №3**

Хворий К., 38 років, надійшов у хірургічне відділення зі скаргами на сильний біль в епігастральній ділянці, нудоту, блювоту, яка не приносить поліпшення. За даними лабораторного обстеження виявлені лейкоцитоз і підвищення рівня амілази крові і сечі. Який більш імовірний діагноз? Який патогенез даного захворювання?

**Задача №4**

Пацієнтка 47 років звернулась до лікаря із скаргами на нудоту, пронос, загальну слабкість, дратівливість, порушення сну, біль в животі оперізуючого характеру, який з’являється після вживання жирної їжі. Після прийому таких препаратів як фестал, мезим-форте, солізим інтенсивність больових відчуттів зменшується. Для якої хвороби це характерно?

**Задача №5**

Хворий І., 47 років поступив зі скаргами на інтенсивні болі в епігастрії, обох подреберьях з іррадіацією в спину, багаторазове блювання. Це стан з'явилося більше доби тому. Хворий зловживав алкоголем, два тижні перебуває в запої. Брав алкоголь і його сурогати. При огляді: загальний стан важкий, пульс 120 уд. в хв., АТ 90/50 мл.рт.ст. Шкірні покриви іктеричні з ділянками ціанозу на передньої черевної стінки, бічних поверхнях живота, навколо пупка, на обличчі, петехії на сідницях. Дихання часте 28 в хв., поверхневе, в легенях вологі хрипи. Язик сухий. Живіт роздутий , значно болючий на всьому протязі . Позитивні симптоми подразнення очеревини . Перистальтика кишечника не вислуховується . За даними

**Задача №6**

Хвора 52 років , поступила зі скаргами на сильні болі , оперізуючого характеру у верхніх відділах живота , нудоту , багаторазове блювання , сухість у роті , різку слабкість . Болі з'явилися напередодні ввечері після прийому рясної , жирної їжі . Давність захворювання 12 годин.

При надходженні стан хворої середньої важкості . Зростання 162 см , вага 86 кг . , T -36,7 . Пульс 110 уд / хв , А / Д 120/80 мм рт.ст. Язик сухий , обкладений сіро - коричневим нальотом. Живіт помірно роздутий за рахунок верхніх відділів , слабо бере участь в акті дихання . При пальпації помірно болючий в епігастральній ділянці , у правому та лівому підребер'ї . Позитивний симптом Керте , Мейо - Робсона . Симптомів подразнення очеревини немає .

Діастаза сечі 512 од . Крові 256 од. Яке захворювання у хворого? Яка повинна бути тактика лікаря, лікування?

**Задача №7**

Хворий 35 років знаходився на стаціонарному лікуванні в реанімаційному відділенні з приводу гострого некротичного панкреатиту. На фоні консервативного лікування стан хворого почав погіршуватись наросла тахікардія, артеріальний тиск знизився до 70/30 мм.рт.ст.. шкіра бліда, хворий вкрився холодним потом. Об’єктивно: живіт здутий різко болючий в епігастральній ділянці, не приймає участь в акті дихання, с-ми подразнення очеревини сумнівні, перистальтика ослаблена. Що у хворого виникло та яка подальша тактика лікування.

**Задача №7**

У хворого 40 років оперованого 30 днів тому з приводу панкреонекрозу на передній стінці живота в епігастрії в ділянці верхньої третини післяопераційного рубця наявна рана округлої форми розмірами 0,5\*0,3 см.. з мацерацією по периферії з якої постійно виділяється рідина. Вкажіть діагноз та додаткові лабораторні та інструментальні методи верифікації.

**Задача №8**

Хворий 50 років скаржиться на загальну слабкість тягучі, пекучі болі в животі, які виникають після їжі нудоту важкість в животі, збільшення живота в розмірі. З анамнезу відомо, що неодноразово лікувався з приводу гострого панкреатиту Об’єктивно шкіра чиста Т - №, пульс 85 р.хв., АТ 140/90 мм.рт.ст. Сor – pulmo без змін

Живіт м’який дещо піддутий, болючий в епігастрії, де пальпується утворення розміром 15,0\*10,0 пружної консистенції, болюче. С-ми подразнення очеревини негативні. Який ймовірний діагноз, та чим підтвердити, види оперативного втручання при необхідності.

**Задача №9**

Хворий 30 років госпіталізований в хірургічне відділення зі скаргами на загальну слабкість болі в животі оперізуючого характеру нудота, блювання, похудіння, сухість в роті. Стан погіршився протягом 2-х тижнів. З анамнезу відомо що був перенесений панкреонекроз 3 роки тому. Об’єктивно шкіра чиста, блідо-рожева Т №, пульс 90 р/хв., АТ 130/80, Сor – pulmo без змін. Живіт м’який, болючий в епігастрії, при глибокій пальпації біль посилюється, захисне напруження м’язів с-ми подразнення очеревини негативні. Перистальтика вислуховується. Діурез поліурія. Стул- стеторея. В аналізах: лейкоцити 12\*109, ШОЕ -25, цукор крові – 15, даістаза сечі – 1024. Вкажіть діагноз. Перерахуйте лабораторні методи підтвердження.

Причинами розвитку псевдокісти підшлункової залози є:

Гострий холецистит

Цукровий діабет

Гострий панкреатит

Виразкова хвороба 12-палої кишки

Цироз печінки

Причинами розвитку псевдокісти підшлункової залози є:

Гострий холецистит

Цукровий діабет

Гострий панкреатит

Виразкова хвороба 12-палої кишки

Цироз печінки

Причини виникнення хронічного панкреатиту всі, крім:

Алкогольна інтоксикація

Пенетруючі виразки шлунка та дванадцятипалої кишки

Гепатит С

Травми підшлункової залози

Гострий панкреатит

Проведення великого сальника через отвір у шлунково-ободовій зв’язці та фіксація його до очеревини вздовж верхнього та нижнього країв підшлункової залози має назву:

Оментопанкреатопексія

Абдомінізація підшлункової залози

Секвестректомія

Некректомія

Панкреатектомія

Проведення сальника під тіло та хвіст підшлункової залози з наступним її обгортанням має назву:

Секвестректомія

Оментопанкреатопексія

Абдомінізація підшлункової залози

Некректомія

Панкреатектомія

Завдання 1 Визначити об'єм додаткових методів дослідження для верифікації діагнозу гострого панкреатиту за даними ситуаційної задачі;

Завдання 2 Проаналізувати показники патофізіологічних змін при гострому панкреатиті для визначення ступеню ураження підшлункової залози та організму в цілому за даними ситуаційної задачі;

Завдання 3 Прокоментувати результати лабораторних методів дослідження хворого на гострий панкреатит;

Завдання 4 Прокоментувати результати інструментальних методів дослідження хворого на гострий панкреатит;

Завдання 5 Розписати схему консервативної терапії хворого на гострий панкреатит в залежності від важкості стану;

Завдання 6 Перерахувати покази до оперативного лікування хворих на гострий панкреатит;

Завдання 7 Схематично показати варіанти доступу до підшлункової залози.

Завдання 8 Розповісти методику проведення дренування позапечінкових жовчних шляхів, формуваня тонко- та товстокишкових нориць.

Завдання 9 Перерахувати об’єм додаткових методів обстеження у хворих з гнійно-некротичними ускладненнями гострого панкреатиту та вміти інтерпретувати отримані дані;

Завдання 10 Розписати схему передопераційної підготовки у хворих на ускладнення гострого панкреатиту в рецептах;

Завдання 11 Перерахувати об’єм додаткових методів обстеження у хворих на хронічний панкреатит та вміти інтерпретувати отримані дані;

Завдання 12 Провести диференційний діагноз між хронічним панкреатитом та онкологічною патологією панкреато-біліарної системи;

Завдання 13 Представити варіанти оперативного лікування при різних формах хронічного панкреатиту;

**ІІІ КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ІНТЕРНІВ**

1. Розказати анатомію підшлункової залози з особливостями морфологічною будови, кровопостачання, іннервації та лімфовідтоку;
2. Розказати фізіологію підшлункової залози, як органа травлення та основного патогенетичного чинника розвитку гострого панкреатиту;
3. Визначити етіологічні чинники розвитку гострого панкреатиту;
4. Розказати патогенез гострого панкреатиту з особливостями ураження та морфо функціональних змін на рівні підшлункової залози та організму в цілому;
5. Знати оціночні шкали для визначення важкості стану пацієнтів на гострий панкреатит;
6. Класифікація гострого панкреатиту;
7. Додаткові інструментальні методи обстеження хворих на гострий панкреатит;
8. Термін, об’єм та якісний склад консервативної терапії при гострому панкреатиті.
9. Покази до оперативного лікування при гострому панкреатиті;
10. Об’єм оперативного втручання при гострому панкреатиті.
11. Класифікація ускладнень гострого панкреатиту;
12. Передопераційна підготовка у хворих на гнійно-некротичні ускладнення гострого панкреатиту в залежності від її виду (тривалість та об’єм)
13. Покази до оперативного лікування при ускладненнях гострого панкреатиту;
14. Тактика хірурга при варіантах гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту;
15. Післяопераційне лікування хворих на гнійно-некротичні ускладнення гострого панкреатиту (напрямки та об’єм).
16. Хронічний панкреатит: етіологічні чинники.
17. Класифікація хронічного панкреатиту;
18. Діагностичний алгоритм при хронічному панкреатиті
19. Консервативна терапія і покази до оперативного лікування хронічного панкреатиту.
20. Передопераційна підготовка у хворих хронічний панкреатит в.т.ч. кісти та нориці підшлункової залози (тривалість та об’єм)
21. Покази до оперативного лікування при хронічному панкреатиті;
22. Об’єм оперативного втручання при різних формах хронічного панкреатиту.
23. Післяопераційне лікування хворих на підшлунковій залозі.

**ІV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ**

(апаратура, ілюстративні матеріали)

1. Ноутбук з мультимедійним проектором

2. Презентації та відеофільми

**V РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:**

Безродний Б.Г. Гострий апендицит: навчальний посібник / Б.Г. Безродний, І.В. Колосович, К.О. Лебедєва. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Кафедра хірургії №2 – Київ: Валрус Дизайн – 2013-180с.

Бондарєв В.І., Бондарєв Р.В., Васильєв О.О. та ін., за ред. проф.. Кондратенко П.Г. Хірургія: підручник // Київ-Медицина, 2009. – 968с.+кольоров. вкл. 36с.

Итала Эмилио. Атлас абдоминальной хирургии (в двух томах) // Москва.-Медицинская литература – 2006.-974с.

Скиба В.В. Лекції з хірургічних хвороб та атлас операцій .- Київ.- 2008.-324с.

Ступінь проникнення ампісульбіну в червоподібний відросток при різних способах його введення / І.Д. Дужий, В.М. Псарьов, І.В. Пономаренко та ін. // Харківська хірургічна школа.- 2011 - №2(47) – с. 95-98

Шалимов А.А., Радзиховский А.П. Атлас операцій на органах пищеварения (в двух томах).-Киев.-Наукова думка.-2005 – 626с.

Appendicitis – a collection of essays from around the world / Edited by Anthony Lander – Publisher: InTech – 2012 – 236 pages

Harrison’s Principles of Internal Medicine. 18th edition. Dan L. Longo, Anthony S. Fanci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo / New York – Publisher McGraw-Hill Medical – 2011 – 4012 pages

Schein’s Common Sense Emergency Abdominal Surgery: an unconventional book for trainees and thinking. Schein Moshe, Robert Lane, Paul Rogers, Ahmad Assalia / Springer Science & Business Media – 2010 – 673p.

Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Р.Л.Ахметшин, А.А.Болдижар П.А., П.А.Болдижар и др.: под. ред.. П.Г.Кондратенко, В.И.Русина.- Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 720 с.

**VI ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:**

1. Чергуваннях в хірургічній клініці

2. Участь в роботі лікувально-консультативних комісій на базі стажування

3. Участь в роботі патолого-анатомічних конференцій на базі стажування

4. Участь в товариствах хірургів Вінницької області та міста Вінниці.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дати затвердження і перегляду методичної розробки** | **№ протоколу методичного засідання кафедри** | **Підпис зав. кафедри** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Підпис автора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_