

**ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ**

**Частина II**

**ПРОКТОЛОГІЯ**

*Методичні вказівки  
для підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності «Хірургія»*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**  
**НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ**

**Частина II**

**ПРОКТОЛОГІЯ**

*Методичні вказівки*  
*для підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності «Хірургія»*

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 7 від 28.06.2024.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2024**

Практична підготовка лікарів-інтернів на базах стажування. Частина II.  
Проктологія : метод. вказ. зі спеціальності «Хірургія» для підготовки лікарів-  
інтернів / упоряд. В. В. Бойко, Д. В. Мінухін, Д. О. Євтушенко та ін. Харків :  
ХНМУ, 2024. 50 с.

Упорядники: В. В. Бойко  
Д. В. Мінухін  
Д. О. Євтушенко  
А. С. Лавриненко  
Ю. В. Іванова  
Д. Г. Доценко  
С. Ю. Бітяк

## ВСТУП

Перелік практичних навичок/компетентностей, що повинні набуватися лікарями-інтернами хірургами на базах стажування згруповані згідно з програмою підготовки в інтернатурі за спеціальністю: «Хірургія», розробленої групою експертів МОЗ з деяких питань проходження інтернатури за спеціальністю «Хірургія», склад якої затверджено наказом МОЗ України від 01.11.2021 № 2390 та рецензованої групою експертів МОЗ України за напрямками, склад якої затвердженою наказом МОЗ України від 28.10.2020 № 2455.

Програма підготовки в інтернатурі з хірургії – єдиний комплекс освітніх та практичних компонентів, спланованих і організованих закладами вищої освіти і базами стажування з метою забезпечення набуття лікарями-інтернами компетентностей, необхідних для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста, їх професійної готовності до самостійної діяльності за фахом.

Програма базується на сучасних наукових результатах і засадах доказової медицини у сфері хірургії. Програма забезпечує набуття та вдосконалення високого рівня знань та професійних навичок з питань діагностики та лікування основних хірургічних захворювань, оволодіння і засвоєння основних хірургічних навичок та етапів операційних втручань.

Програма підготовки в інтернатурі з хірургії триває 3 роки та складається з двох частин: освітньої та практичної. Підготовка лікарів-інтернів проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі програми підготовки в інтернатурі, та навчальних планів, затверджених Вченою радою ХНМУ. За період підготовки в інтернатурі лікарі-інтерни повинні оволодіти компетенціями, знаннями та навичками, які визначені індивідуальним навчальним планом та програмою підготовки в інтернатурі.

Для оцінювання рівня оволодіння практичними навичками введена наступна діапазонна шкала:

- «А»: Має знання, описує.
- «В»: Асистує, демонструє під наглядом.
- «С»: Виконує, демонструє самостійно.

**Курс «Проктологія»**  
**Перелік основних практичних навичок/компетентностей,**  
**якими повинен оволодіти лікар-інтерн на базах стажування**

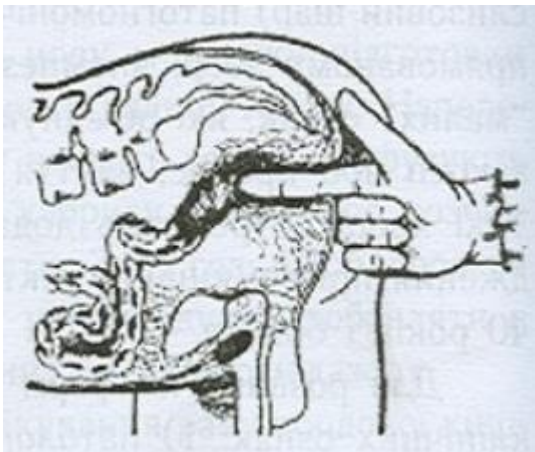
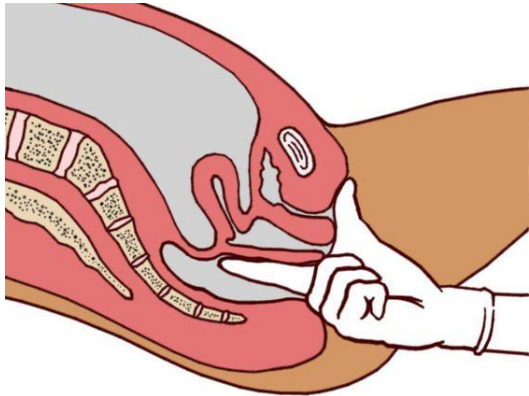
№ з/п	Перелік практичних навичок/компетентностей	Рівень оволодіння
1	Пальцеве дослідження прямої кишки	С
2	Аноскопія	С
3	Ректороманоскопія	В
4	Фіброколоноскопія	А
5	Операції при геморої	С
6	Вскриття гострого парапроктиту	С
7	Висічення тріщини заднього проходу	В
8	Видалення кісти куприка	В
9	Видалення епітеліальних куприкових ходів. «Пілонідальна хвороба»	В
10	Правобічна і лівобічна геміколектомії. Резекція поперечно-ободової кишки	А
11	Резекція сигмоподібної кишки	А
12	Операція Гартмана	В
13	Висока передня резекція прямої кишки	А
14	Черевно-анальна резекція прямої кишки	А
15	Екстирпація прямої кишки	А

## ***ПАЛЬЦЕВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ***

**Пальцеве дослідження прямої кишки** – метод діагностичного обстеження, який дозволяє виявляти наявність патологічних симптомів при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Основною перевагою даного методу вважається простота виконання та відсутність необхідності спеціального обладнання. Пальцеве дослідження прямої кишки є обов'язковим при підозрі на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини.

Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіти методикою проведення пальцевого дослідження прямої кишки
Місце виконання	Приймальне відділення, загальна або реанімаційна палата
Оснащення	Рукавички одноразові гумові. Любрикант. Пелюшки одноразові
Показання	Скарги на біль у животі. Порушення функції органів малого тазу. Порушення діяльності кишечника. Профілактичний огляд з метою раннього виявлення патології прямої кишки
Протипоказання	Пальцеве ректальне дослідження протипоказано при різкому звуженні заднього проходу, а також при вираженій його болючості, до моменту зняття больового синдрому за допомогою мазі з дикаїном, анальгетиків чи наркотичних засобів
Положення хворого	Лежачі на боці з зігнутими в тазостегнових та колінних суглобах ногами, в колінно-ліктьовому положенні, в положенні на спині (на гінекологічному кріслі) зі зігнутими у колінних сугорбах і приведеними до живота ногами

## Техніка виконання



Пальцевому ректальному дослідженню завжди має передувати ретельний огляд ділянки заднього проходу, що нерідко дозволяє виявити ознаки захворювання (зовнішні нориці, тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів, недостатнє змикання країв заднього проходу, розростання пухлиноподібної тканини, мацерацію шкіри та ін.), після чого вказівний палець правої руки, на яку одягнена гумова рукавичка, рясно змащений вводять у задній прохід, хворому рекомендують "тужитися", як при дефекації, і під час дослідження максимально розслабитися

Послідовно обмацуючи стінки анального каналу, оцінюють еластичність, тонус та розтяжність сфінктера заднього проходу, стан слизової оболонки, наявність та ступінь болісності дослідження. Потім палець проводять в ампулу прямої кишки, визначаючи стан її просвіту (зіяння, звуження), послідовно обстежують стінку кишки по всій поверхні і на всьому доступному протязі, звертають увагу на стан передміхурової залози (у чоловіків) і прямокишково-піхвової перегородки, шийки матки (у жінок), параректальної клітковини внутрішньої поверхні крижів і куприка.

Після вилучення пальця з прямої кишки оцінюють характер відокремлюваного (слизове кров'янисте, гнійне).

Для діагностики захворювань верхньоампулярного відділу прямої кишки, клітковини пельвіоректального або позаду прямокишкового простору (парапроктит, пресакральна кіста), тазової очеревини (запальний процес або пухлинне ураження) вдаються до бімануального пальцевого дослідження. З цією метою вказівний палець однієї руки вводять у пряму кишку, а пальцями іншої руки натискають на передню черевну стінку над симфізом лобка

## **АНОСКОПІЯ**

**Аноскопія** – це додатковий до ректальної пальпації спосіб обстеження анального каналу та прямої кишки за допомогою спеціального інструменту – аноскопа, що дозволяє оглянути до 14 см органу, що досліджується. Аноскоп вводиться через задній прохід. Для цього в клінічній практиці використовуються як багаторазові металеві варіанти приладу, так і одноразові пластикові.

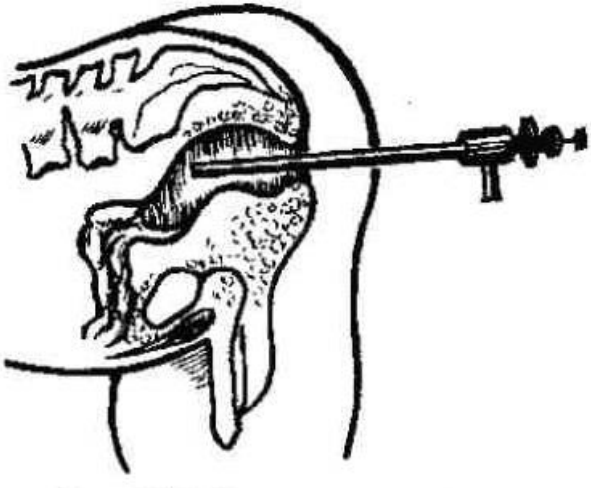
Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіння методикою проведення аноскопії
Місце виконання	Ендоскопічний кабінет
Оснащення	Аноскоп. Рукавички гумові стерильні. Любрикант
	
Підготовка до процедури	Використання місцевих засобів для спорожнення кишечника: наприклад, мікроклізми за 2–3 год до обстеження, або застосування очисної клізми напередодні дослідження та за 2–3 год
Показання	Дискомфорт, свербіж, печіння в ділянці заднього проходу. Нетипові виділення із прямої кишки: кров'янисті, слизові, гнійні домішки. Болі при дефекації чи спокої. Порушення випорожнень, у тому числі відсутність позивів до дефекації, тонкий, стрічкоподібний кал та ін. Утворення в ділянці ануса
Протипоказання	Гострі запальні захворювання заднього проходу. Стенозуючі пухлини анального каналу. Звуження просвіту ануса та прямої кишки
Положення хворого	На спині (як на гінекологічному кріслі). Колінно-ліктьове положення (найчастіше). На боці
Техніка виконання	Аноскоп змащують вазеліном та вводять в ампулу прямої кишки круговими рухами. Після видалення obturator пристрій повільно виводять. У ході цієї процедури лікар може побачити патологію наступних захворювань: – гіпертрофовані анальні сосочки; – кондиломи анального каналу; – гемороїдальні вузли; – анальні поліпи; – анальний криптит; – пухлини анального каналу

## РЕКТОРОМАНОСКОПІЯ

**Ректороманоскопія (RRS)** – це діагностичний метод дослідження товстої кишки через анальний отвір за допомогою спеціального приладу – ректороманоскопа. Обстеження полягає у візуальному огляді слизової прямої кишки та дистальної частини сигмоподібної кишки.

Аноректоскопія дозволяє оглянути внутрішню поверхню кишечника протягом до 30 см від анального отвору, оцінити стан слизової прямої кишки, виявити запальні зміни, рубцеві звуження, виразки, ерозії, новоутворення та інші захворювання. Під час процедури може проводитись біопсія підозрілих ділянок слизової оболонки кишечника, а також лікувальні маніпуляції — видалення поліпів, електропетлів, зупинка кровотечі та бужування стенозів. Ректороманоскопія є обов'язковим дослідженням перед плановою проктологічною операцією.

Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіння методикою проведення ректороманоскопії
Місце виконання	Ендоскопічний кабінет
Оснащення 	Ректороманоскоп (прямий або відео). Рукавички гумові стерильні. Любрикант. Пелюшки памперсні
Показання	Порушення функціонування кишечника (запори чи діарея). Мінливий характер випорожнень за консистенцією, формою. Кишкові кровотечі. Патологічні слизові, кров'яні виділення із прямої кишки (кров, слиз, гній). Підозра на наявність новоутворень у прямій та сигмоподібній кишках. Хронічні запалення прямої та сигмоподібної кишок

<p>Положення хворого</p>	<p>Колінно-ліктьове положення із максимальним зміщенням тулуба ліворуч за можливістью.          Лежачі на лівому боці з максимально приведеними колінами до живота (поза Сімса)</p>
<p>Техніка виконання</p> 	<p>Тубус ректороманоскопа з введеним в нього obturatorом, рясно змащений вазеліновим маслом або спеціальним гелем, вводять рухами, що ротують, на глибину 4–5 см. Після того, як тубус проведений за сфінктер, obturator витягують і подальше введення проводять під контролем зору.</p> <p>Приблизно на глибині 12–14 см, в ділянці ректосигмоїдного вигину, для подальшого просування тубуса пацієнта ще раз просять зробити глибокий вдих і повільний видих. При цьому необхідно підкачувати повітря грушею. Ці дії дозволяють легко проникнути в сигмоподібну кишку. Якщо рух тубуса утруднений, треба негайно припинити дослідження.</p> <p>Поява болю при ректоскопії свідчить або про позакишкове утворення та деформацію кишки, або про анатомічний варіант розвитку товстої кишки. Детальний огляд виконують під час виведення тубуса. Здійснюючи кругові рухи дистальним кінцем ректоскопа, оглядають стінки кишки від дистальної третини сигмоподібної кишки до анального каналу. Для огляду анального каналу найбільше підходить аноскоп</p>

## ФІБРОКОЛОНОСКОПІЯ

**Фіброколоноскопія** – медичний ендоскопічний лікувально-діагностичний інструментальний метод, під час якого лікар оглядає та оцінює стан внутрішньої поверхні усіх відділів товстої кишки за допомогою ендоскопа. Колоноскопія дає можливість візуально діагностувати запальні захворювання кишки (НВК, хвороба Крона та ін.), підслизові та епітеліальні новоутворення (поліпи, пухлини), дивертикульоз.

Під час колоноскопії можливе проведення біопсії, видалення новоутворень, стентування товстої кишки, вилучення сторонніх предметів та деякі інші маніпуляції.

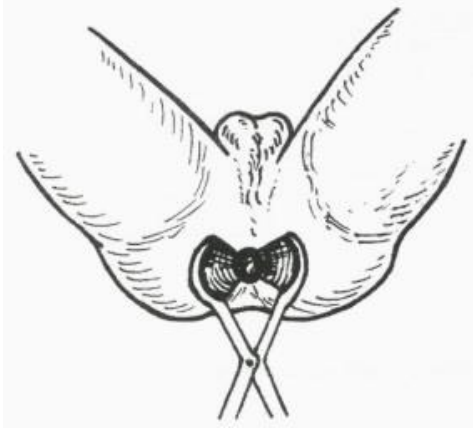
Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіння методикою проведення фіброколоноскопії (теоретично)
Місце виконання	Ендоскопічний кабінет
Оснащення 	Ендоскопічна стійка з фіброколоноскопом. Рукавички гумові стерильні. Любрикант. Пелюшки памперсні
Положення хворого: 	Лежачі на лівому боці з максимально приведеними колінами до живота (поза Сімса)

<p>Алгоритм виконання</p>	<p>Гнучкий колоноскоп вводять через анальний отвір і просувають вглиб, оглядаючи всю внутрішню поверхню товстого кишківника. За допомогою інсуфлятора у просвіт кишки подають CO<sub>2</sub>. Інсуфляцію газу проводять для того, щоб розширити просвіт кишки, розправити складки на слизовій оболонці та покращити візуалізацію.</p> <p>Якщо колоноскопію проводять без наркозу, можливий дискомфорт та неприємні відчуття при введенні зонда через анальний отвір та при його проходженні у зонах повороту товстого кишечника. Лікар контролює рух інструменту рукою через передню черевну стінку. Невелика відеокамера на кінчику труби відправляє зображення, що отримується в ході обстеження на монітор. Після огляду зонд повільно витягають. Тривалість обстеження становить 20–30 хв.</p> <p>Для зняття больового синдрому лікар може застосувати знеболювання – місцеві анестетики на основі лідокаїну у вигляді мазей або гелів, якими обробляють наконечник інструменту та змащують шкірні покриви зони ануса. При цьому пацієнт перебуває у ясній свідомості</p>
<p>Підготування хворого до процедури</p>	<p>Дотримання безшлакової дієти протягом 2–3 днів до процедури (виключити овочі, фрукти, чорний хліб) перейти на сир, яйце, рибу, курку, сир, достатнє споживання рідини.</p> <p>Ретельне очищення кишечника – дозволяє швидко та якісно провести колоноскопію.</p> <p>У день обстеження снідати не рекомендується, але чай чи воду можна пити. Крім того, напередодні обстеження потрібно звільнити кишечник: можна готуватися простими очисними клізмами із сирою водою кімнатної температури ввечері напередодні дослідження та зранку, а також різними препаратами для очищення кишечника (осмотичні проносні засоби): «Фортранс», «Ендофальк» та ін.</p>

## **ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГЕМОРОЇ**

**Геморой (hemorrhoids)** – це захворювання венозного апарату прямої кишки, якому притаманне варикозне розширення венозних сплетінь під слизовою оболонкою ампули прямої кишки і під шкірою заднього проходу. Вони також звуться кавернозними сплетіннями. Вони періодично переповнюються кров'ю, набухають і розширюються, втрачаючи свою еластичність. Це створює передумови для кровотеч з них або для їх тромбування.

**Операції при геморої:** а) склеротерапія; б) видалення гемороїдальних вузлів лазером; в) лігування латексними кільцями гемороїдальних вузлів; г) коагуляція гемороїдальних вузлів за допомогою інфрачервоного випромінювання; д) дезартеризація методом HAL/RAR (THD); е) класичне хірургічне лікування геморою – це гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом.

Послідовність	Зміст
Мета	Опанувати методику оперативного лікування геморою – гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом
Місце виконання	Мала операційна, операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
<b>Види оперативних втручань:</b>	
Гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом (відкрита)	Операція може проводитись під загальною чи епідуральною анестезією. Під час цієї операції видаляється надлишкова тканина, що викликає кровотечу та випадіння вузлів. При цьому можна застосовувати ультразвуковий гармонійний скальпель та біполярний коагулятор. За допомогою цих інструментів забезпечується практично безкровне видалення вузлів гемороїдальних без накладання швів. Хоча лікування більш болісне, рецидивування відбувається значно рідше (всього в 1–5 % випадків).
 <p style="text-align: center;">Рис. 1</p>	Рис. 1. Девульсія сфінктера дзеркалами

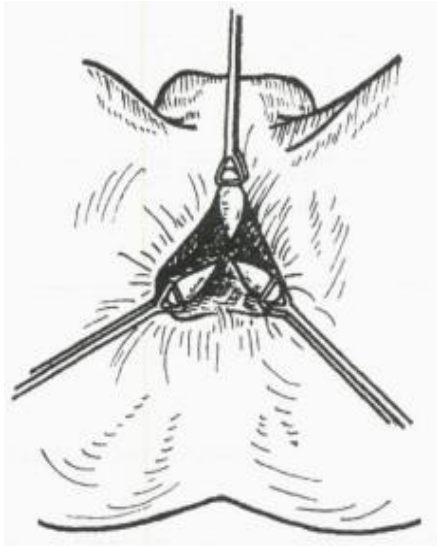


Рис. 2

Рис. 2. Захоплення гемороїдальних вузлів вікончатими затискачами

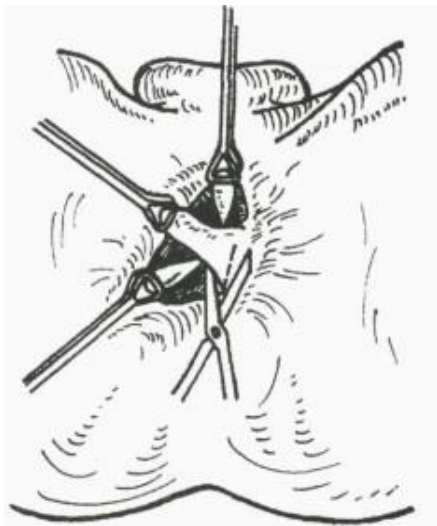


Рис. 3

Рис. 3. Розрізання шкіри та слизової оболонки біля основи гемороїдального вузла. Мобілізація вузла йде ззовні досередини

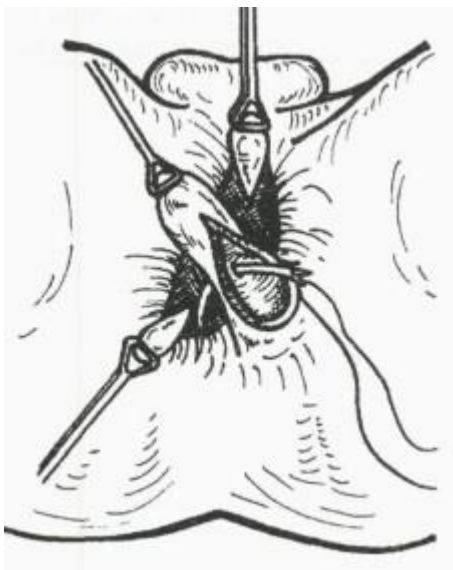


Рис. 4

Рис. 4. Прошивання основи гемороїдального вузла

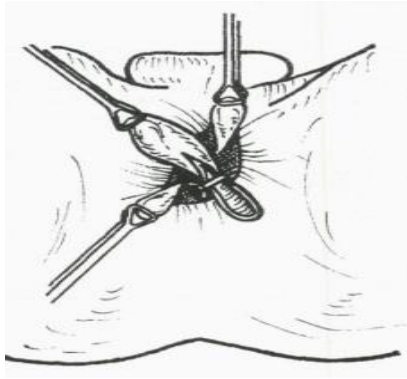


Рис. 5

Рис. 5. Перев'язування основи гемороїдального вузла лігатурою



Рис. 6

Рис. 6. Зашивання слизової оболонки над місцем мобілізації гемороїдального вузла

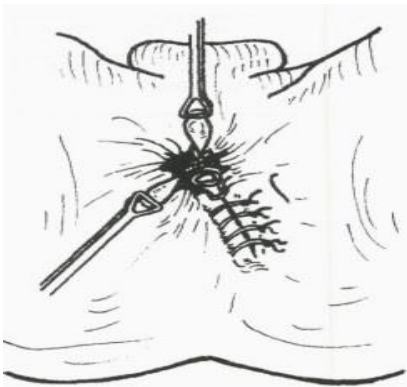


Рис. 7

Рис. 7. Відсічення гемороїдального вузла

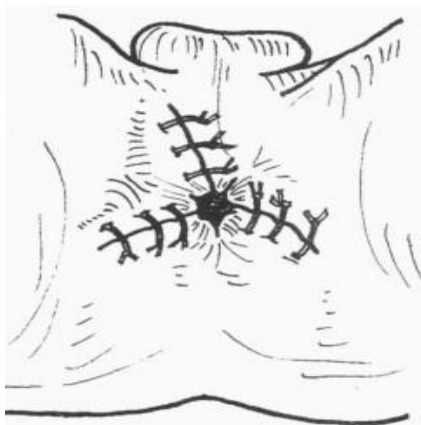
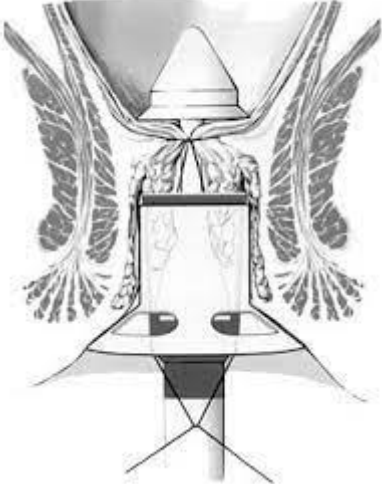
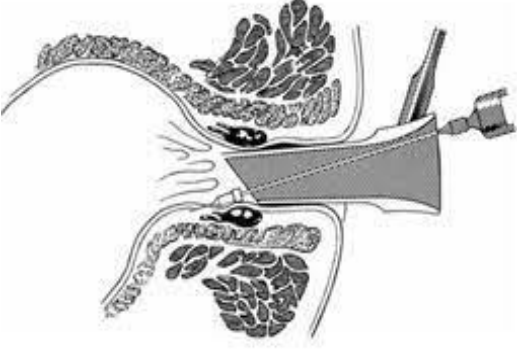
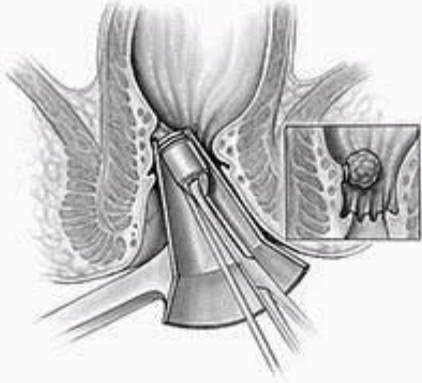


Рис. 8

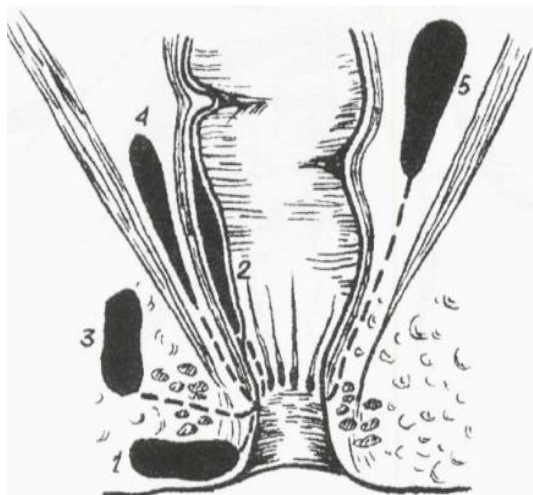
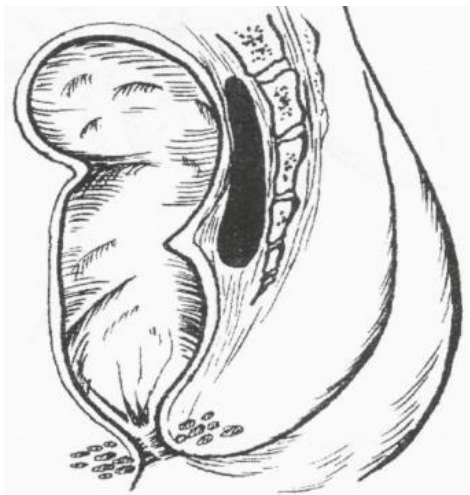
Рис. 8. Остаточний вигляд рани в кінці операції

<p>Операція Лонго (степлерна гемороїдектомія)</p> 	<p>Під час цієї операції висікають частину слизової, а сам гемороїдальний вузол видаляють, а ніби підтягують вгору і зменшується в об'ємі. В результаті зменшується кровопостачання вузлів і вони заростають сполучною тканиною</p>
<p>Підслизова гемороїдектомія за Парксом</p>	<p>Під час цієї операції висікають гемороїдальний вузол, але при цьому зберігають слизову оболонку, що покриває його. Операція більш складна, ніж перераховані вище, проте має ряд переваг, серед яких практично повна відсутність розладів сечовипускання та менш виражений больовий синдром</p>
<p>Гемороїдектомія за Фергюсоном (закрита)</p>	<p>Є модифікацією методу Міллігана-Моргана, але на відміну від нього передбачає ушивання ран, що утворюються після видалення гемороїдальних сплетінь. Перевагою операції за Фергюсоном перед методом Міллігана-Моргана є менш інтенсивний больовий синдром і більш швидке загоєння ран</p>
<p>Склеротерапія</p> 	<p>За допомогою ін'єкції в гемороїдальний вузол вводять спеціальний склерозант, що провокує невелике запалення з подальшим склеюванням вузлика</p>

<p>Видалення геморою лазером</p>	<p>Це випалювання гемороїдальних шишок за допомогою лазерного променя під місцевою анестезією. Відновлення пацієнта у разі проходить досить швидко, тому що лазер припікає рану</p>
<p>Лігування гемороїдальних вузлів за допомогою латексних кілець</p> 	<p>Рекомендовано у разі внутрішнього геморою. Маніпуляція проходить так: кільце з латексу надягають на основу гемороїдальної шишки, кільце його передавлює і перекриває приплив крові, після чого шишка висихає, відвалюється і виходить разом з кільцем природним шляхом при дефекації</p>
<p>Коагуляція гемороїдальних вузликів за допомогою інфрачервоного випромінювання</p>	<p>Вперше була застосована в 1978 р. У ході даного втручання інфрачервоне випромінювання проникає в гемороїдальний вузлик і стає в ньому тепловою енергією. У таких умовах клітини згортаються та перестають функціонувати. Далі підключається імунна система: макрофаги та лейкоцити розщеплюють та поглинають мертві тканини. У результаті гемороїдальний вузол пропадає</p>
<p>Дезартеризація за методом HAL/RAR (THD)</p> 	<p>За допомогою УЗД визначають гілки верхньої прямокишкової артерії, що живлять гемороїдальні шишки, і прошивають їх вікриловими швами. Позбавлені припливу крові, гемороїдальні вузли приблизно на 30-у добу після операції схлопуються, перестають кровити і поступово замінюються сполучною тканиною. Якщо операцію проводять на III–IV стадії хвороби, вона зазвичай поєднується з підтяжкою гемороїдальних вузлів</p>

## ***ВСКРИТТЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ***

**Гострий парапроктит** – гнійне запалення жирової тканини навколо прямої кишки та анального каналу, що характеризуються вираженою больовою симптоматикою та помірним порушенням загального стану хворого.

Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіти методикою оперативних втручань при гострому парапроктиті
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Види парапроктиту	 <p>Рис. 1. Види парапроктиту: 1 – підшкірний; 2 – підслизовий; 3 – ішіоректальний; 4, 5 – пельвіоректальний</p>
	 <p>Рис. 2. Види парапроктиту (позадупрямокишковий гнійник)</p>




Алгоритм виконання	Операція виконується в умовах операційної під спінальною або внутрішньовенною анестезією
 <p data-bbox="375 750 470 795">Рис. 3</p>	<p data-bbox="869 515 1276 604">Рис. 3. Введення тампона у пряму кишку</p>
 <p data-bbox="375 1355 470 1400">Рис. 4</p>	<p data-bbox="790 1108 1348 1198">Рис. 4. Пункція абсцесу і аспірація з нього гнійного вмісту</p>
 <p data-bbox="375 1982 470 2027">Рис. 5</p>	<p data-bbox="758 1713 1380 1848">Рис. 5. Введення в порожнину абсцесу барвника (діамантовий зелений 1 % спиртовий розчин)</p>



Рис. 6

Рис. 6. Видалення  
ректального тампона

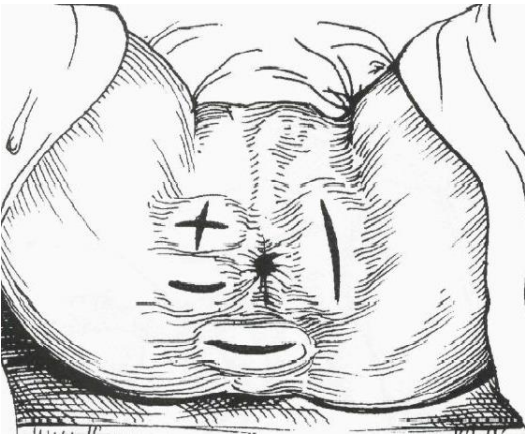


Рис. 7

Рис. 7. Топографія розрізів  
при параректальному абсцесі



Рис. 8

Рис. 8. Локалізація розрізу  
при низькому ретроректальному абсцесі

Розкриття параректального гнійника:



Рис. 9

Рис. 9. Введення зонда із сторони промежинної рани у напрямку до первинного отвору

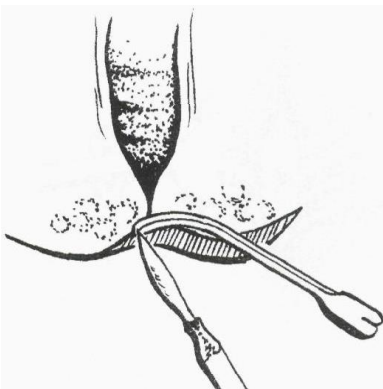


Рис. 10

Рис. 10. Розкриття гнійника в просвіт кишки на крипту вздовж зонда



Рис. 11

Рис. 11. Вирізання нависаючих країв рани і пошкодженої крипти

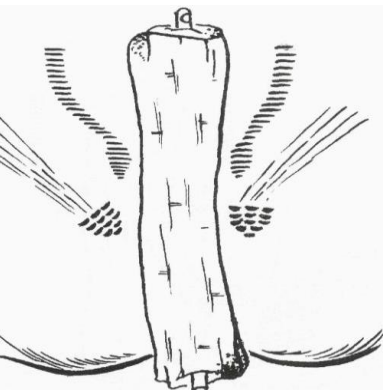


Рис. 12

Рис. 12. Введення тампона і газовідвідної трубки у пряму кишку

Розкриття пельвіоректального гнійника:

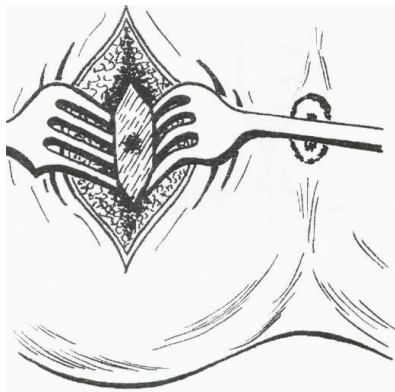


Рис. 13

Рис. 13. Розкриття гнійника

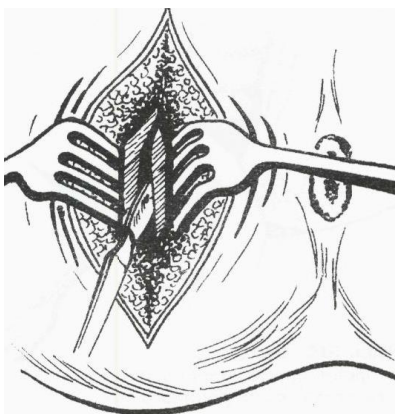


Рис. 14

Рис. 14. Розрізання леватора

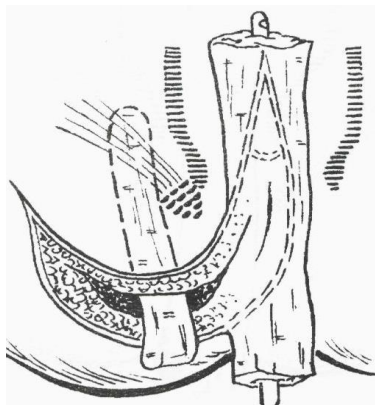


Рис. 15

Рис. 15. Дренування порожнини гнійника і прямої кишки

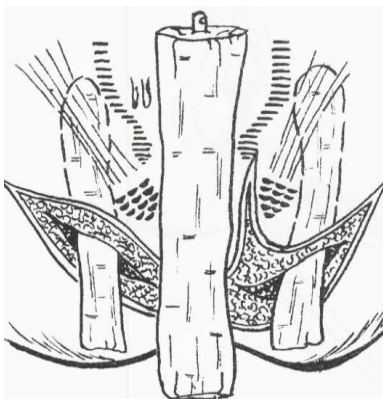
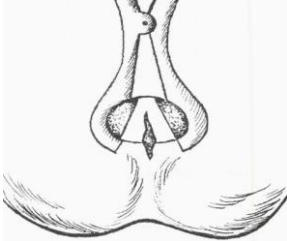
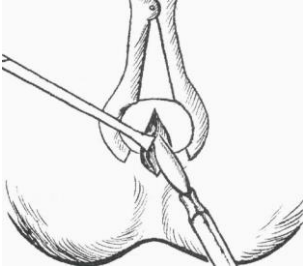
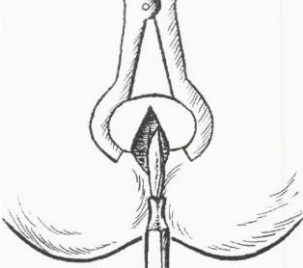
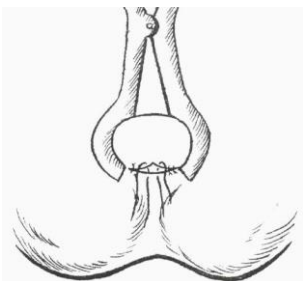


Рис. 16

Рис. 16. Дренування при підковоподібному парапроктиті

## **ВИСІЧЕННЯ ТРІЩИНИ ЗАДНЬОГО ПРОХОДУ**

**Анальна тріщина** відноситься до найбільш поширених захворювань, які трапляються як у дорослих, так і у дітей. Найчастіше вони діагностуються у жінок післяпологового періоду. Тріщина в задньому проході є рановим дефектом на слизовій оболонці анального каналу, який може мати лінійну або овальну форму і в розмірах рідко перевищує 1 см.

Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіти методикою оперативних втручань при тріщині заднього проходу
Місце виконання	Операційна, мала операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
<p>Алгоритм виконання</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 1</p>	Рис. 1. Оголення тріщини ректальним дзеркалом
 <p style="text-align: center;">Рис. 2</p>	Рис. 2. Вирізання тріщини у вигляді овального клаптя слизової і періанальної шкіри
 <p style="text-align: center;">Рис. 3</p>	Рис. 3. Задня дозована сфінктеротомія
 <p style="text-align: center;">Рис. 4</p>	Рис. 4. Підшивання слизової прямої кишки до періанальної шкіри

## ВИДАЛЕННЯ КІСТИ КУПРИКА

**Кіста куприка** (або епітеліальний куприковий хід) – підшкірна порожнина, яка формується у верхній частині міжсідничної складки, в ділянці куприка. Вона має вигляд каналу у підшкірній клітковині, покритого епітеліальною тканиною.

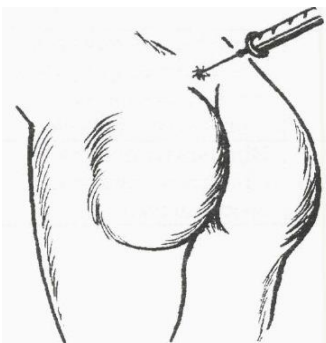
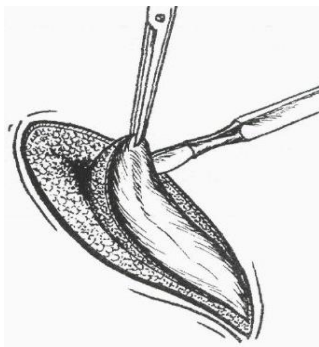
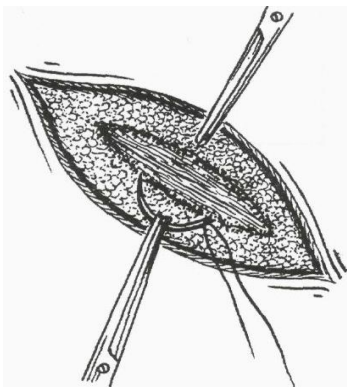
Послідовність	Зміст
Мета	Оволодіти методикою оперативних втручань при кістах куприка
Місце виконання	Мала операційна, операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання	
 <p>Рис. 1</p>	Рис. 1. Забарвлення епітеліальних куприкових ходів 1 % розчином метиленового синього
 <p>Рис. 2</p>	Рис. 2. Вирізання овального клаптя тканини разом з куприковими ходами і закрашеними тканинами
 <p>Рис. 3</p>	Рис. 3. Прошивання і лігування судин, що кровоточать, кетгутром (вікрилом)

Рис. 4. Схематичне зображення варіантів завершення операції

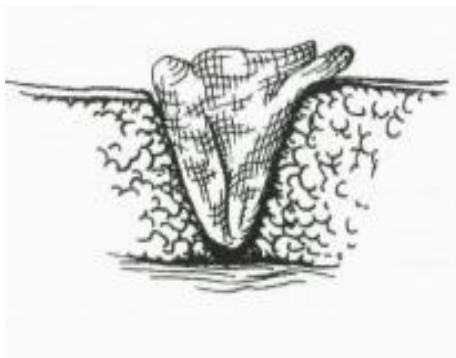


Рис. 4.1

4.1. Тампонада рани марлевою серветкою

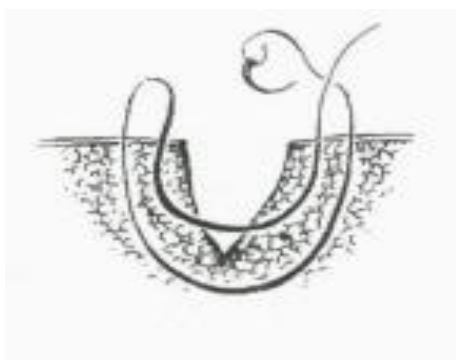


Рис. 4.2

4.2. Глухий шов на рану

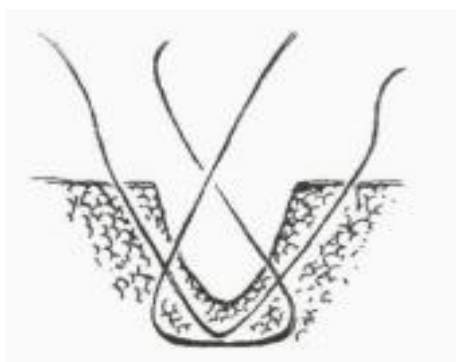


Рис. 4.3

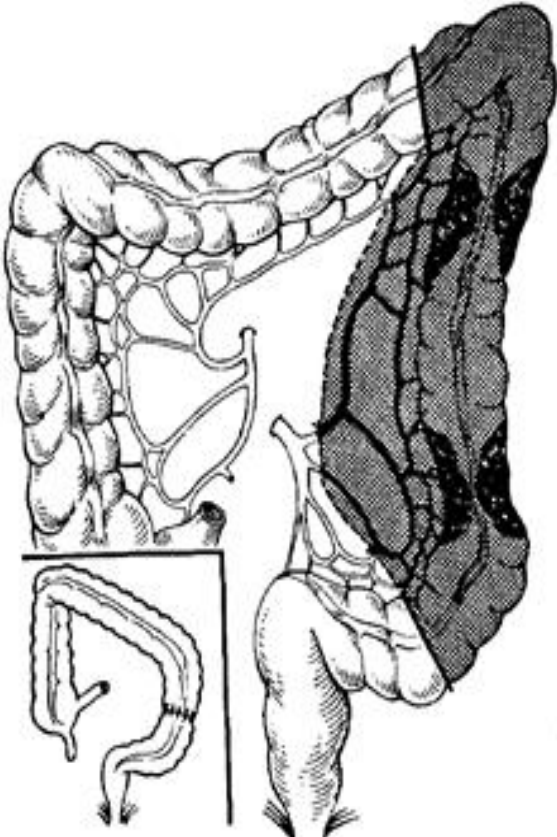
4.3. Підшивання країв рани до дна

Лазерне видалення кістки куприка

1. Спочатку проводять анестезію.
2. Потім у порожнину кістки через свищ або невеликий розріз (від 2 до 10 мм) вводять світловод лазера.
3. Обробляють їм тканини та спеціальним інструментом видаляють вміст кістки.
4. Далі за допомогою лазера проводять абляцію, внаслідок чого стінки кістки «спаюються».
5. Після завершення маніпуляцій на прооперовану ділянку накладають стерильну пов'язку

## ЛІВОБІЧНА ГЕМІКОЛЕКТОМІЯ

**Лівобічна геміколектомія** – оперативне втручання, яке проводиться частіше за все при злякисних пухлинах лівої половини ободової кишки та включає: видалення низхідної ободової кишки, селезінкового вигину та дистальної поперечної ободової кишки.

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання	Операція виконується в умовах загального знеболення. Оперативний доступ – лапаротомія
 <p>Рис. 1.</p>	<p>Рис. 1. Загальна схема операції</p>

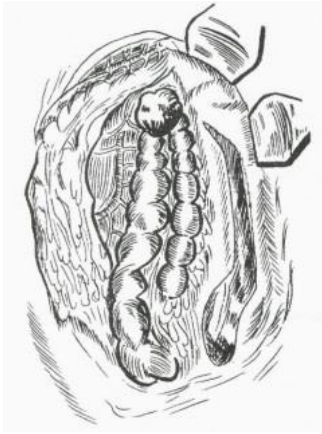


Рис. 2

Рис. 2. Розрізання очеревини по зовнішньому краю низхідного відділу обвідної кишки

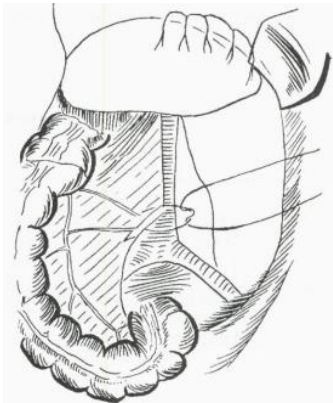


Рис. 3

Рис. 3. Перев'язування нижньої брижової артерії



Рис. 4

Рис. 4. Мобілізація лівої половини обвідної кишки

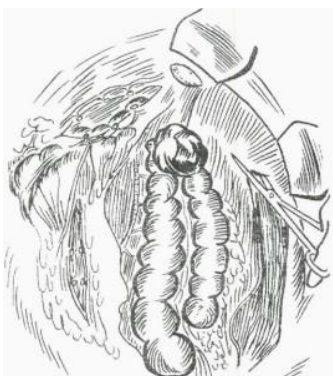


Рис. 5

Рис. 5. Перерізання діафрагмально-обвідної зв'язки

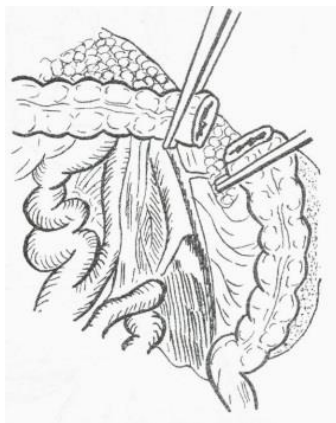


Рис. 6

Рис. 6. Резекція лівої половини обвідної кишки



Рис. 7

Рис. 7. Сформований коло-колоанастомоз (кінець в кінець)



Рис. 8

Рис. 8. Зашивання дефекту в брижі обвідної кишки



Рис. 9

Рис. 9. Накладання вузлових швів на дефект парієтальної очеревини

## **ПРАВОБІЧНА ГЕМІКОЛЕКТОМІЯ**

**Правобічна геміколектомія** – оперативне втручання, яке проводиться частіше за все при злоякісних пухлинах правої половини ободової кишки та включає: резекцію заключного фрагмента клубової кишки, видалення сліпої, висхідної ободової, печінкового вигину та третини поперечної ободової кишки.

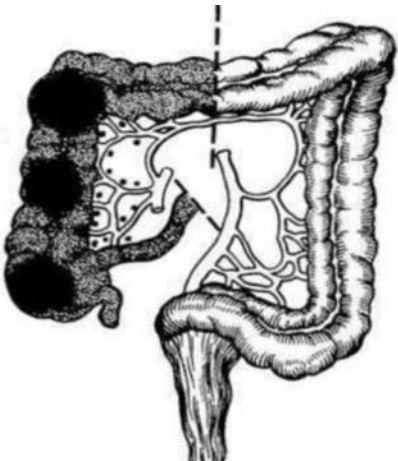

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції.
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:  Рис. 1А	Операція виконується в умовах загального знеболення. Оперативний доступ – лапаротомія  Рис. 1А. Загальна схема операції
 Рис. 1Б	Рис. 1Б. Загальна схема операції



Рис. 2

Рис. 2. Розсікання очеревини по зовнішньому краю сліпої та висхідного відділу товстої кишки

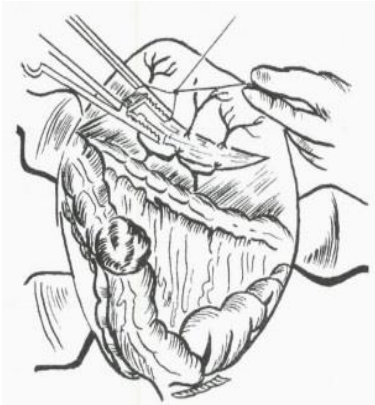


Рис. 3

Рис. 3. Перерізання шлунково-обвідної зв'язки



Рис. 4

Рис. 4. Перерізання діафрагмально-обвідної зв'язки



Рис. 5

Рис. 5. Мобілізація правої половини обвідної кишки

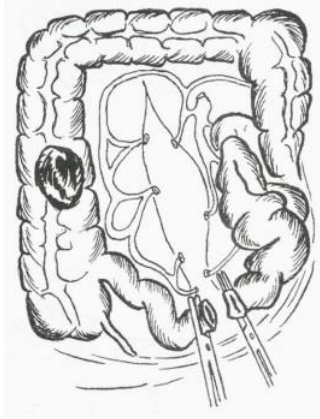


Рис. 6

Рис. 6. Перерізання кінцевого відділу здухвинної кишки

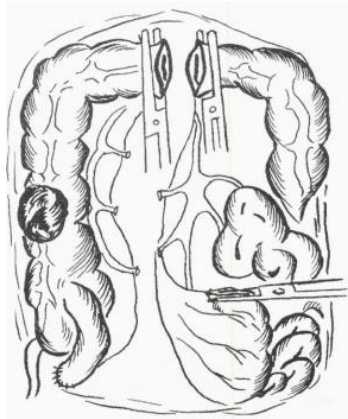


Рис. 7

Рис. 7. Перерізання поперечно-обвідної кишки



Рис. 8

Рис. 8. Остаточний вигляд накладеного ілеотрансверзоанастомозу (кінець в бік). Дефект парієтальної очеревини зашитий вузловими швами

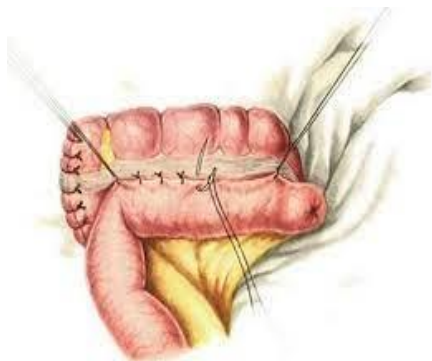
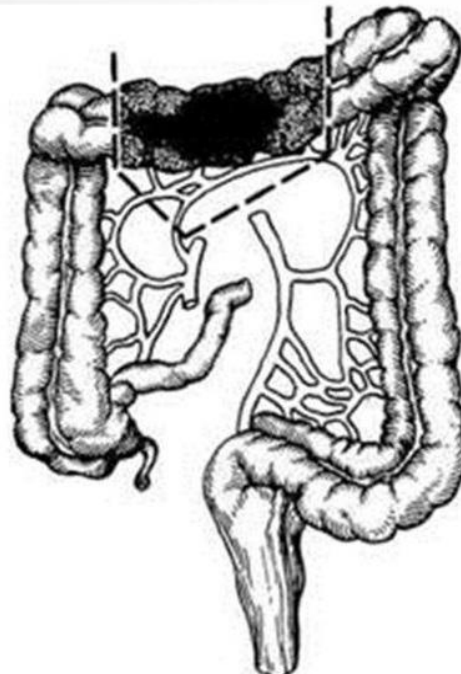


Рис. 9

Рис. 9. Варіант ілеотрансверзоанастомозу (бік в бік)

## ***РЕЗЕКЦІЯ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОВОЇ КИШКИ***

**Резекція поперечно-ободової кишки** – операція видалення поперечного відділу ободової кишки. Показаннями до даної операції є: злоякісні пухлини, великі ушкодження стінки кишки, поранення середньої ободової артерії, проростання раку шлунка до стінки поперечно-ободової кишки або її брижі. У випадках інвазії пухлини шлунка резекція поперечно-ободової кишки проводиться у комбінації із резекцією шлунка.

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	Операція виконується в умовах загального знеболення. Оперативний доступ – лапаротомія.
 <p>Рис. 1А</p>	<p>Рис. 1А. Загальна схема операції</p>

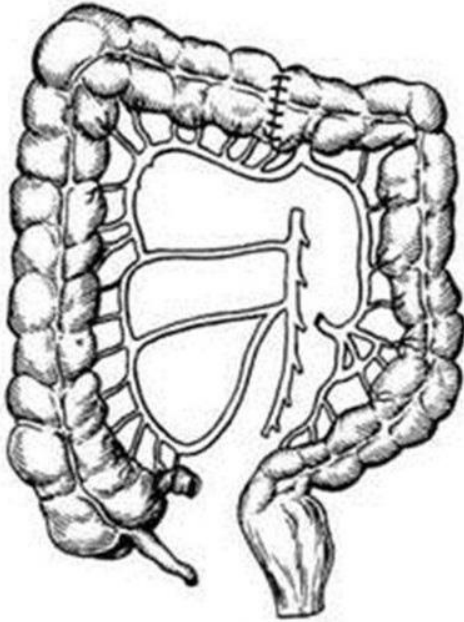


Рис. 1Б

Рис. 1Б. Загальна схема операції.

Верхнім серединним розрізом розкривають черевну порожнину. До операційної рани виводять поперечно-ободову кишку. На ділянці резекції, яка передбачається, виконують пересічення шлунково-ободової зв'язки, а також перев'язують та пересікають брижу поперечної ободової кишки. Перев'язування брижі слід проводити дуже обережно, щоб не пошкодити *a. colicae mediae* та її гілки, які живлять ділянки кишки, що залишається.

Частину кишки, що намічається до видалення, пережимають з обох боків кишковими жомами. На ділянки кишки, що залишаються, накладають шовкові шви «трималки» у ділянках вільного та брижового країв.

По краю жомів кишку перетинають і препарат видаляють. Накладення жомів та перетин кишки слід виконувати дещо навскоси, видаляючи більші ділянки кишки за її вільним краєм (для спів падання діаметру кишки у зоні майбутнього анастомозу). Для запобігання на тяжіння ділянок кишки, що залишилися. При накладанні анастомозу протяжність зони резекції не повинна перевищувати 20 см. Обидві кінця кишки підводять один до одного за допомогою швів «трималок». Потім приступають до накладення анастомозу кінець в кінець

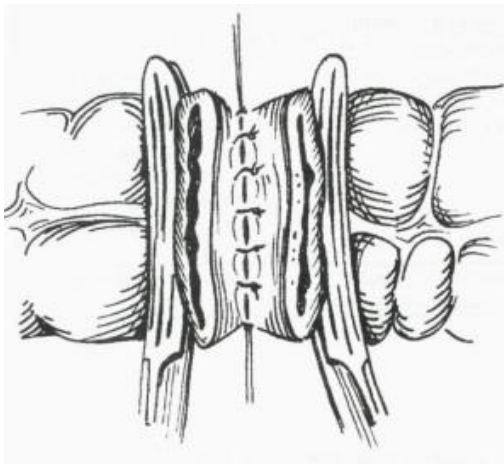


Рис. 2

Рис. 2. Накладання заднього ряду серо-серозних швів

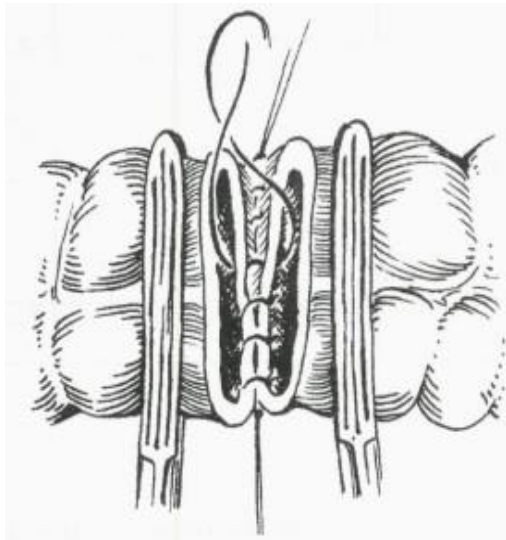


Рис. 3

Рис. 3. Задній ряд вузлових швів накладених через усі шари кишки

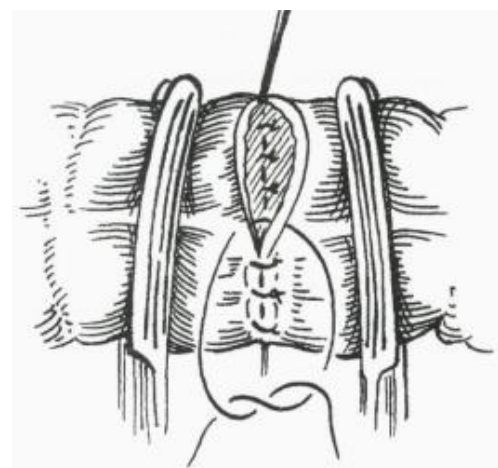


Рис. 4

Рис. 4. Накладання переднього ряду швів через усі шари кишки

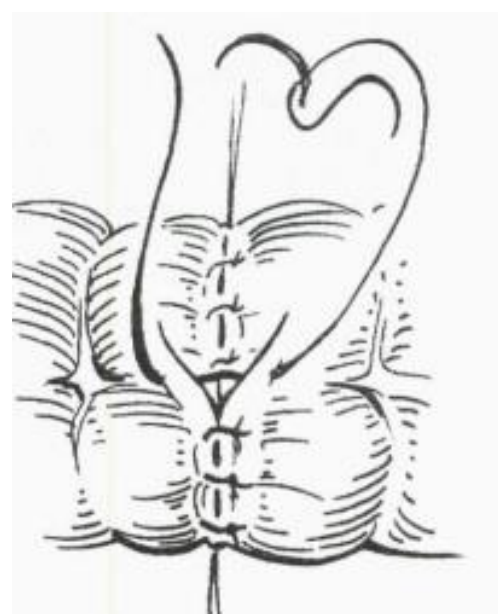


Рис. 5

Рис. 5. Накладання переднього ряду серо-серозних швів

Окремими вузловими швами ушивають отвір у брижі поперечної ободової кишки та шлунково-ободовій зв'язки

## ОПЕРАЦІЯ ГАРТМАНА

**Операція Гартмана** – хірургічне втручання, в ході якого проводиться одномоментна резекція залученої в патологічний процес ділянки сигмоподібної кишки, фрагмента прямої кишки і виведення одноствольної кишкової стоми.



Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	Операція виконується в умовах загального знеболення. Оперативний доступ – лапаротомія (тільки черевний етап)
 <p>Рис. 1А</p>	Рис. 1А. Загальна схема операції
 <p>Рис. 1Б</p>	Рис. 1Б. Загальна схема операції



Рис. 2

Рис. 2. Ліроподібний розріз мезосигми і розвіз вздовж ретровезикальної складки з перев'язуванням судин брижі

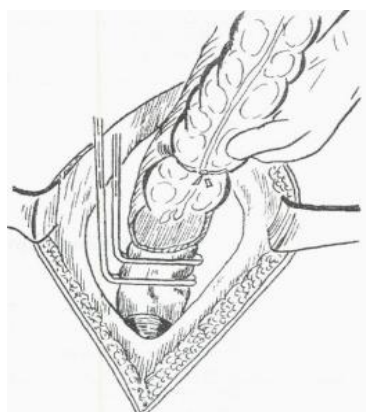


Рис. 3

Рис. 3. Перев'язування сигмоподібної кишки проксимальніше від пухлини. На пряму кишку накладені два Г-подібні затискачі



Рис. 4

Рис. 4. Резекція ураженої ділянки товстої кишки. Занурення проксимальної ділянки до гумового контейнера (частіше за все гума рукавичка)

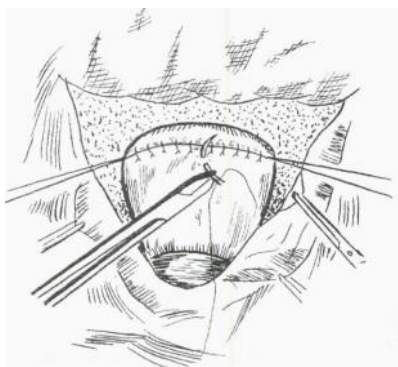


Рис. 5

Рис. 5. Зашивання дистальної кукси дворядним швами (зазвичай спершу накладається механічний шов апаратом УКЛ-60)

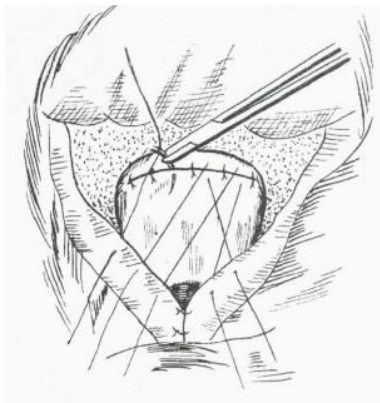


Рис. 6

Рис. 6. «Перитонізація» дистальної кукси прямої кишки

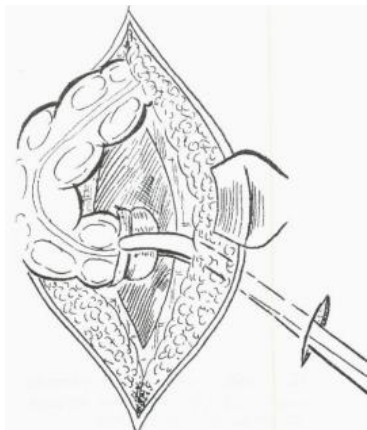


Рис. 7

Рис. 7. Проведення проксимальної кукси товстої кишки на передню черевну стінку через сформований тунель у лівій здухвинній ділянці

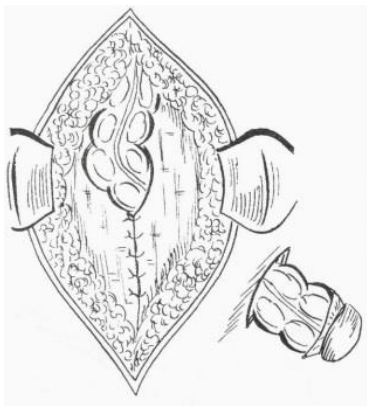


Рис. 8

Рис. 8. Ушивання очеревини тазового дна та щілини в лівому боковому каналі (окремими вузловими швами)

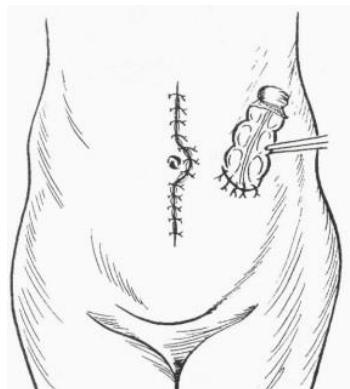


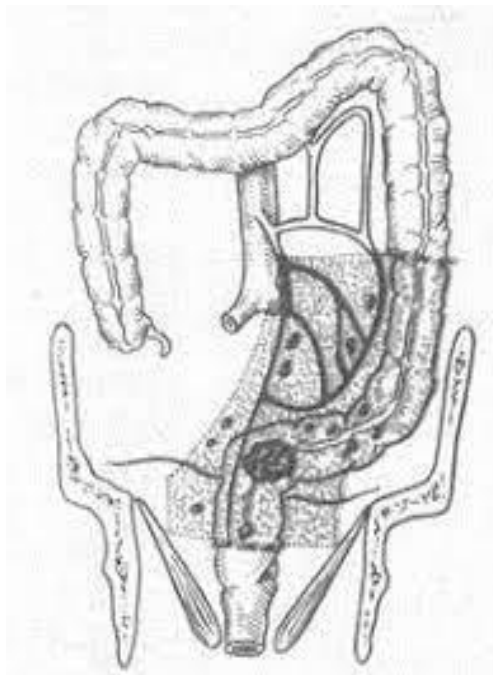
Рис. 9

Рис. 9. Остаточний вигляд операції Гартмана: зашита лапаратомна рана, сформована колостома

## **ВИСОКА ПЕРЕДНЯ РЕЗЕКЦІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ**

**Висока передня резекція прямої кишки.** Цю методику близько ста років тому розробив відомий хірург Діксон, і сьогодні вона є одним із найпоширеніших видів хірургічного лікування онкопатології прямої кишки. Показана для терапії новоутворень, більш ніж на 12 см віддалених від анального отвору, при цьому проводиться резекція ділянки сигмоподібної кишки та ділянки прямої кишки, де виявлено злоякісне вогнище. Збереженого відрізка прямої кишки вистачає на накладення анастомозу (зшивання між собою двох кінців кишечника).

Після вдалого проходження післяопераційного та відновного періодів зберігається нормальне утримання калу. Крім того, при успішному проведенні операції не ушкоджуються нервові закінчення малого тазу, відповідальні за сечовипускання та статеву активність.

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	Операція виконується в умовах загального знеболення. Оперативний доступ – лапаротомія
 <p>Рис. 1</p>	<p>Рис. 1. Загальна схема операції</p>

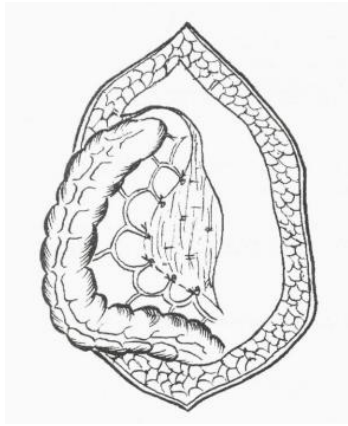


Рис. 2

Рис. 2. Ліроподібний розріз мезосигми і розріз вздовж ретровезикальної складки з перев'язування судин брижі

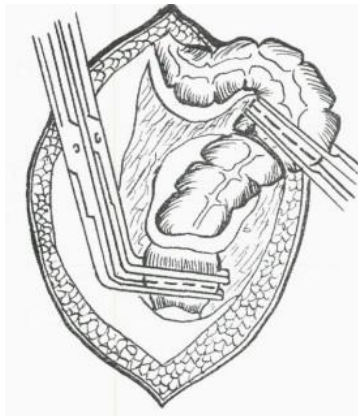


Рис. 3

Рис. 3. Накладання затискачів у межах резекції кишки

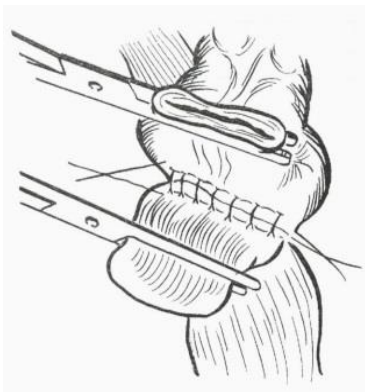


Рис. 4

Рис. 4. Накладений задній зовнішній ряд швів (формування задньої «губи»)



Рис. 5

Рис. 5. Відрізання залишку кишки

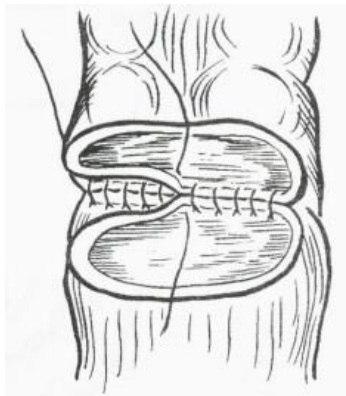


Рис. 6

Рис. 6. Накладання заднього внутрішнього ряду швів



Рис. 7

Рис. 7. Формування передньої «губи» сигморектального анастомозу дворядними швами



Рис. 8

Рис. 8. Остаточний вигляд зашити парієтальної очеревини (екстраперитонізація сигморектоанастомозу)

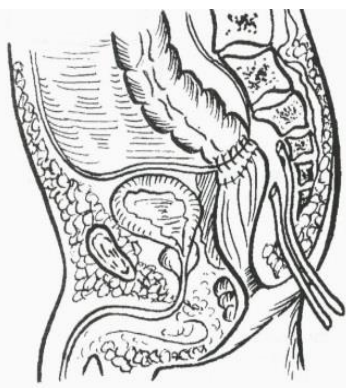


Рис. 9

Рис. 9. Дренування пресакрального простору, де знаходяться зони анастомозу, який міститься заочеревинно

## ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Черевно-анальна резекція прямої кишки із низведенням дистальних ввідділів ободової кишки виконується при пухлинах, розміщених на відстані 7–12 см від ануса.

Мобілізовану пряму кишку відсікають, відступивши 4–5 см від пухлини залишаючи «манжетку» кишки зі сфінктером. Через останню протягають сигмоподібну кишку, яку пересувають у малу миску. Таким чином зберігається сфінктер і функція фекальної континенції (утримання калу). Проте у 15–30 % хворих виведення сигмоподібної кишки неможливе. У цій ситуації є можливість вивести її дистальний відрізок у вигляді сигмостоми. Також можливо додатково мобілізувати та вивести вниз всю ліву половину ободової кишки (Valdoni). Операція Вальдоні доцільна й у якості розширеної при ураженні лімфовузлів біля гирла *a. mesenterica inferior*.

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	Операція виконується в умовах загального знеболення. Під час операції виконуються два розрізи – передньої черевної стінки (лапаротомія) та промежини
 <p>Рис. 1</p>	<p>Рис. 1. Загальна схема операції</p>

## ЧЕРЕВНИЙ ЕТАП

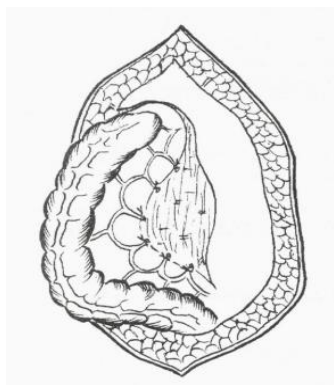


Рис. 2

Рис. 2. Ліроподібний розріз мезосигми і розріз вздовж ретровезикальної складки з перев'язуванням судин брижі

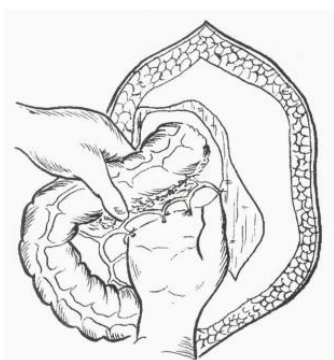


Рис. 3

Рис. 3. Мобілізація задньої стінки прямої кишки

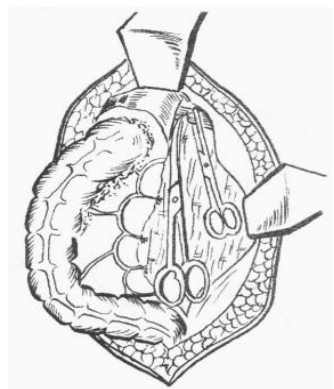


Рис. 4

Рис. 4. Розрізання бокових зв'язок прямої кишки

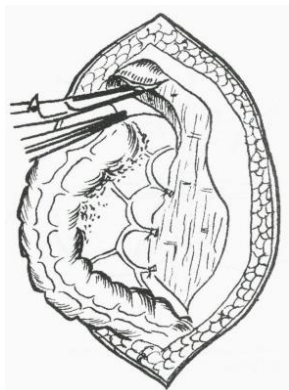


Рис. 5

Рис. 5. Мобілізація передньої стінки прямої кишки

## ПРОМЕЖИННИЙ ЕТАП

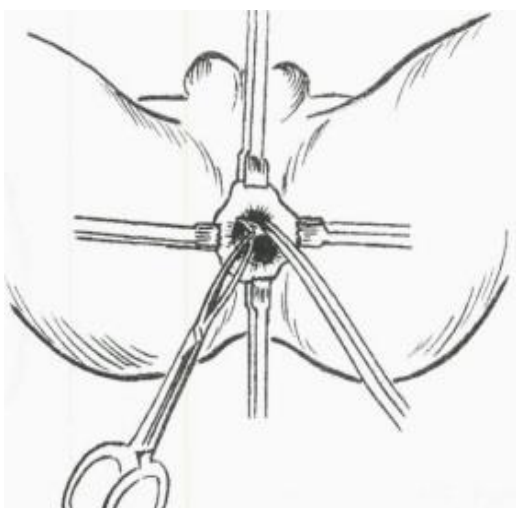


Рис. 6

Рис. 6. Відділення слизової оболонки задньопрохідного каналу по лінії Хілтона

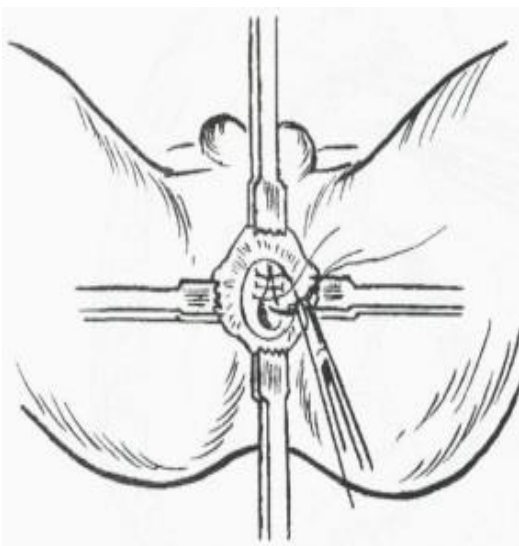


Рис. 7

Рис. 7. Зашивання слизової оболонки задньопрохідного каналу



Рис. 8

Рис. 8. Мобілізація прямої кишки під контролем введеного в рану пальця



Рис. 9

Рис. 9. Низведення сигмоподібної кишки через анальний канал

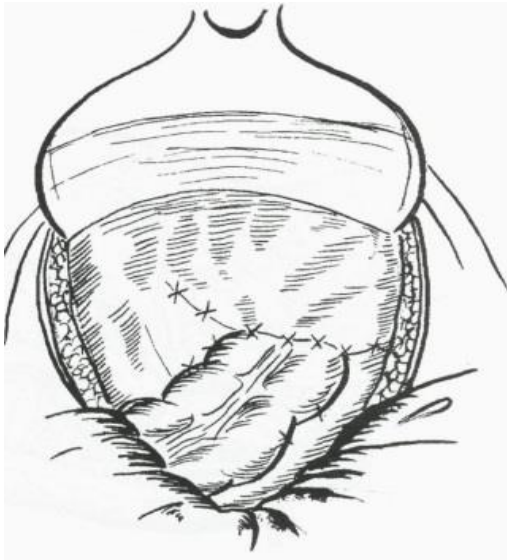


Рис. 10

Рис. 10. Відновлення цілості тазової очеревини за допомогою швів



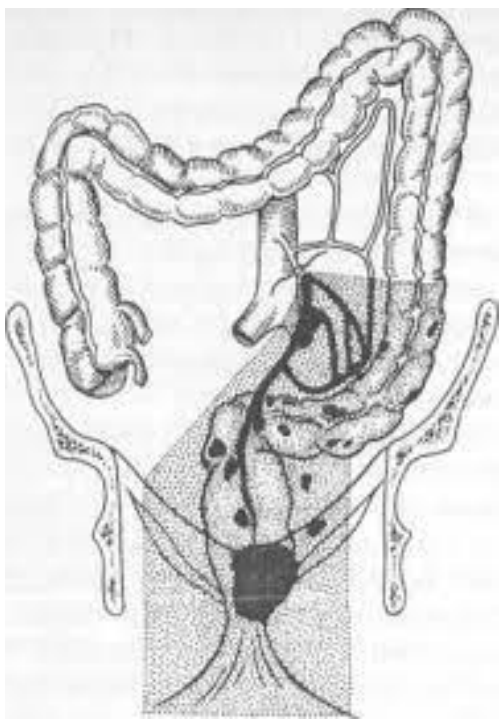
Рис. 11

Рис. 11. Сформована трансанальна колостома.  
Пресакральний простір  
задреновано трубчатими дренажами

## **ЕКСТИРПАЦІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ**

**Екстирпація прямої кишки** (черевно-промежинна екстирпація/операція Кеню-Майлса) – це повне видалення прямої кишки, регіонарних лімфатичних вузлів, частини сигмовидної кишки з накладенням штучного заднього проходу. Показаннями до виконання даної операції є пухлини анального каналу та нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Ще відносно недавно екстирпація була кращим способом хірургічного компонента лікування у разі діагностики раку прямої кишки різної локалізації. Сьогодні фахівці-онкологи та колопроктологи намагаються використати всі можливості для проведення сфінктерозберігаючих операцій, при яких встановлюється тимчасова колостома.

Послідовність	Зміст
Мета	Знати показання до даного оперативного втручання, описувати хід операції
Місце виконання	Операційна
Оснащення	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	Операція виконується в умовах загального знеболення. При виконанні операції виконуються два розрізи – передньої черевної стінки (лапаротомія) та промежини
 <p>Рис. 1</p>	<p>Рис. 1. Загальна схема операції</p>

## ЧЕРЕВНИЙ ЕТАП

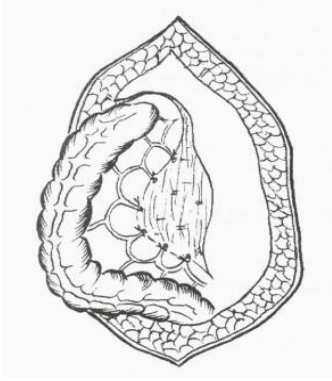


Рис. 2

Рис. 2. Ліроподібний розріз мезосигми і розріз вздовж ретровезикальної складки з перев'язуванням судин брижі

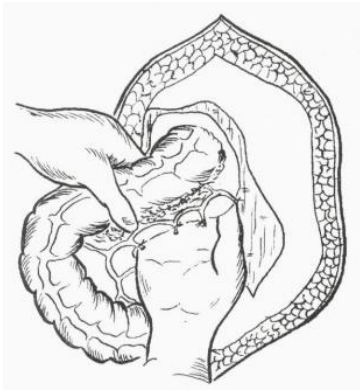


Рис. 3

Рис. 3. Мобілізація задньої стінки прямої кишки

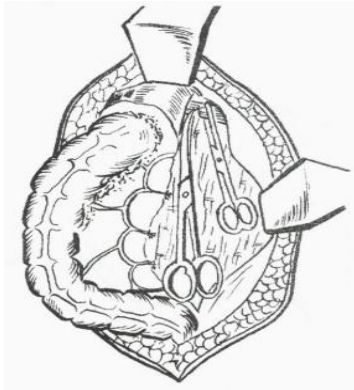


Рис. 4

Рис. 4. Розрізання бокових зв'язок прямої кишки



Рис. 5

Рис. 5. Мобілізація передньої стінки прямої кишки

## ПРОМЕЖИННИЙ ЕТАП

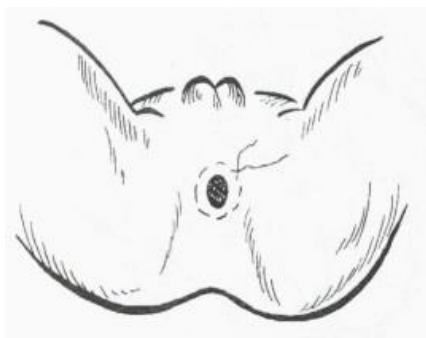


Рис. 6

Рис. 6. Накладання капшучного шва навколо ануса

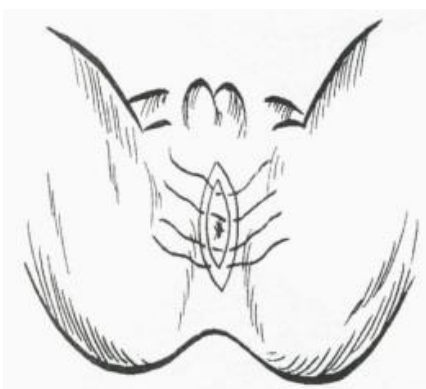


Рис. 7

Рис. 7. Вирізання та зашивання входу в задньопрохідний канал

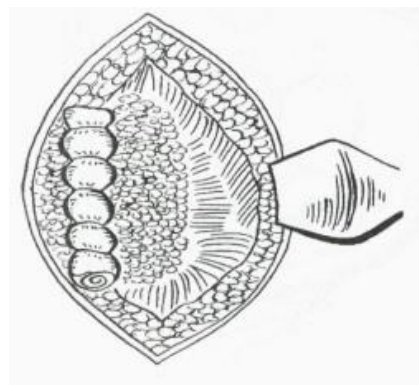


Рис. 8

Рис. 8. Вирізання зашитого задньопрохідного каналу з ішеоректальною клітковиною

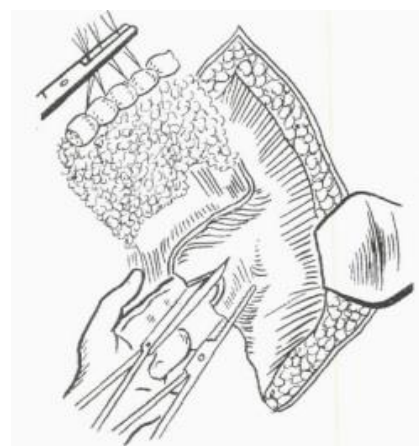


Рис. 9

Рис. 9. Поетапне розрізання м'язів, що підіймають задній прохід

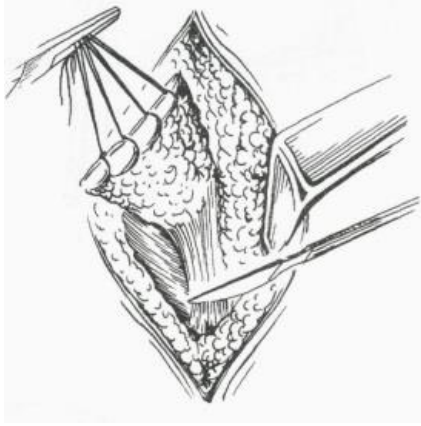


Рис. 10

Рис. 10. Перерізання прямокишково-  
куприкової зв'язки

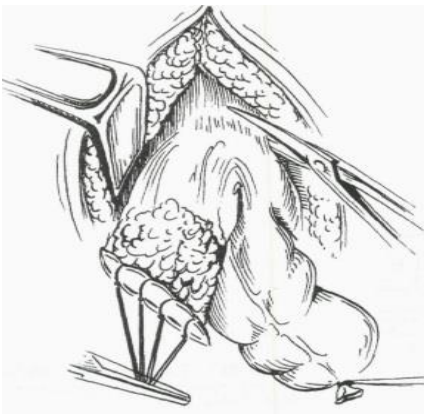


Рис. 11

Рис. 11. Видалення прямої кишки  
та частини сигмоподібної кишки

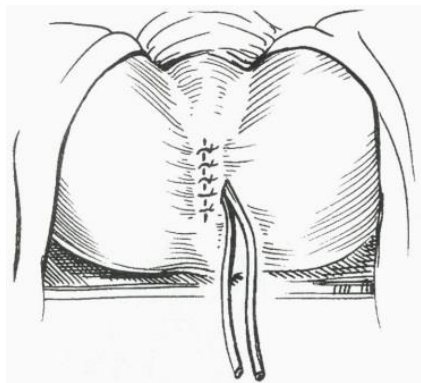


Рис. 12

Рис. 12. Зашивання промежинної рани наглухо

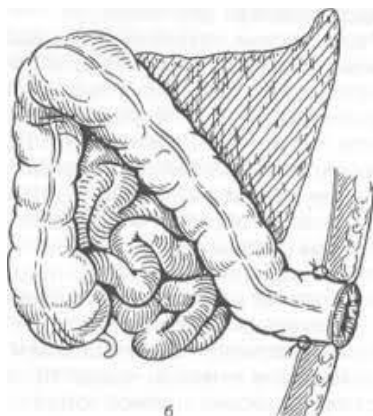


Рис. 13

Рис. 13. Виведення сигмостоми

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Ждан В. М., Ткаченко М. В., Кравців М. І. Амбулаторна хірургія : посіб. для лікарів заг. практики / Вищ. держ. навч. закл. України «Укр. мед. стоматол. акад.». Полтава : АСМІ, 2018. 204 с.
2. Григор'єва О. А., Писаренко А. С., Скаковський Е. Р. Гострі гнійні захворювання: анатомо-клінічне обґрунтування та основи хірургічної допомоги : навч. посіб. для студентів мед. фак-тів вищих навч. закладів III–IV рівня акредитації та лікарів-інтернів за спец. 222 «Медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. 75 с.
3. Ендоскопічна хірургія : навч. посіб. для студентів старших курсів мед. закладів вищої освіти, лікарів-інтернів, резидентів, слухачів закладів післядипломної освіти, які готують фахівців у галузі «Охорона здоров'я» зі спеціальності "Хірургічні хвороби" / В. М. Запорожан [та ін.] ; ред.: В. М. Запорожан, В. В. Грубнік. Київ : ВСВ «Медицина», 2019. 592 с.
4. Еталони практичних навичок зі спеціальності «Хірургія» : навч. посіб. / О. Є. Бобров, В. І. Паламарчук, П. І. Тураєв [та ін.]. Київ : Видав. дім «Асканія», 2011. 157с.
5. Загальна хірургія : підруч. для студентів ВНЗ / В. П. Андрущенко [та ін.] ; ред. проф. Я. С. Березницького [та ін.]. 2-ге вид. Вінниця : Нова Книга, 2020. 342 с.
6. Загальна хірургія : базовий підруч. для студентів вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / М. Д. Желіба [та ін.] ; ред. М. Д. Желіба. 2-е вид., виправ. Київ : ВСВ "Медицина", 2016. 448 с.
7. Загальна хірургія : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів – медичних університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; ред. С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба. 3-е вид., виправ. і доп. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 608 с.
8. Загальна хірургія : підручник / П. О. Герасимчук [та ін.] ; ред. П. О. Герасимчук ; Тернопіл. нац. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль : ТНМУ «Укрмедкнига», 2020. 696 с.
9. Загальна хірургія : підручник для студентів вищих навч. закладів МОЗ України / В. П. Андрущенко [та ін.] ; ред. Я. С. Березницький [та ін.]. Вінниця : Нова Книга, 2018. 344 с.
10. Онкологія : підручник / А. І. Шевченко, О. П. Колеснік, Н. Ф. Шевченко [та ін.] ; ред. А. І. Шевченка. Вінниця : Нова Книга, 2020. 488 с.

## *ЗМІСТ*

Вступ . . . . .	3
Перелік основних практичних навичок/компетентностей, якими повинен оволодіти лікар-інтерн на базах стажування . . . . .	4
Пальцеве дослідження прямої кишки . . . . .	5
Аноскопія . . . . .	7
Ректороманоскопія . . . . .	8
Фіброколоноскопія . . . . .	10
Операції при геморої . . . . .	12
Вскриття гострого парапроктиту . . . . .	17
Висічення тріщини заднього проходу . . . . .	22
Видалення кісти куприка . . . . .	23
Лівобічна геміколектомія . . . . .	25
Правобічна геміколектомія . . . . .	28
Резекція поперечно-ободової кишки . . . . .	31
Операція Гартмана . . . . .	34
Висока передня резекція прямої кишки . . . . .	37
Черевно-анальна резекція прямої кишки . . . . .	40
Екстирпація прямої кишки . . . . .	44
Рекомендована література . . . . .	48

*Навчальне видання*

# **ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ**

**Частина II**

## **ПРОКТОЛОГІЯ**

*Методичні вказівки*

*для підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності «Хірургія»*

Упорядники: Валерій Володимирович Бойко  
Мінухін Дмитро Валерійович  
Євтушенко Денис Олександрович  
Лавриненко Артем Сергійович  
Іванова Юлія Вікторівна  
Доценко Дмитро Григорович  
Бітяк Сергій Юрійович

Відповідальний за випуск Бойко В.В.

Редактор Е. Є. Депрінда  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко  
Комп'ютерний набір Д. В. Мінухін

Формат А4. Ум. друк. арк. 6,25. Зам. № 24-34402.

---

**Редакційно-видавничий відділ**  
**ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022**  
**izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.