

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

Частина III

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

*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 III

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Методичні вказівки
для підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності "Хірургія"

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 8 від 24.04.2025.

Харків
ХНМУ
2025

Практична підготовка лікарів-інтернів на базах стажування. Частина III.
Абдомінальна хірургія: метод. вказ. для підготовки лікарів-інтернів
зі спеціальності "Хірургія" / упоряд. В. В. Бойко, Д. В. Мінухін, Д. О. Євтушенко та ін.
Харків : ХНМУ, 2025. 32 с.

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

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 із 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 затверджено 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 і професійних навичок із 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 "Абдомінальна хірургія"
Перелік основних практичних навичок/компетентностей,
якими повинен оволодіти лікар-інтерн на базах стажування

№ з/п	Перелік практичних навичок/компетентностей	Рівень оволодіння
1	Пункція черевної порожнини	В
2	Лапароцентез. Діагностичний перитонеальний лаваж	С
3	Апендектомія	С
4	Лапароскопічна апендектомія	В
5	Гастро-, дуоденотомія, висічення, екстеріоризація виразки	С
6	Операції при защемлених грижах	В
7	Ентеротомія	С
8	Резекція тонкої кишки	В
9	Ілеотрансверзостомія	В
10	Прошивання варикозно розширених вен кардіального відділу стравоходу	А
11	Цеко-, трансверзо-, сигмостомія	В

ПУНКЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Пункція черевної порожнини (парацентез) – це видалення перитонеальної (асцитичної) рідини з черевної порожнини за допомогою кризьшкірної пункційної аспірації.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою проведення пункції черевної порожнини.
Місце виконання:	Перев'язувальна, операційна.
Оснащення:	<ol style="list-style-type: none">1. Розчин для місцевої анестезії (наприклад, 10 мл 1 % розчину лідокаїну), шприци 10 та 20 мл.2. Голка для парацентезу, наприклад, голка КВ-3.3. Лезо для скальпеля № 11 (може знадобитися для розширення вхідного отвору, особливо при переході до лапароцентезу).4. Шприц типу Жане 50 або 100 мл.5. Перев'язувальні матеріали.6. Контейнери для збирання асцитичної рідини. При видаленні великої кількості рідини використовують вакуумні балони або ПЕТ-мішки.7. Апарат УЗД для проведення навігації під час парацентезу.8. Рукавички стерильні гумові.9. Антисептики.10. Комплект стерильної білизни.
Показання:	<p>Діагностичні: вперше діагностований асцит (у госпіталізованих та амбулаторних хворих), підозра на первинний бактеріальний перитоніт, кожен випадок госпіталізації пацієнта з асцитом, спричиненим цирозом.</p> <p>Лікувальні: вступне лікування асциту III ступеня (одноразова евакуація рідини); асцит, стійкий до лікування діуретиками (необхідність повторних пункцій).</p>
Протипоказання:	<p>Абсолютні протипоказання:</p> <ul style="list-style-type: none">– важкі розлади згортання крові;– кишкова непрохідність із здуттям кишечника (якщо тільки за допомогою УЗД не ідентифікована ділянка внутрішньочеревної рідини, до якої можливо безпечно проникнути);– інфекційно-запальні процеси черевної стінки.

Положення хворого:



Рис. 1

Пацієнт знаходиться на функціональному ліжку або операційному столі, головний кінець якого піднятий на 45–90° (рис. 1). При обранні місця введення голки у лівому нижньому квадранті живота пацієнта треба частково повернути на лівий бік, щоб рідина могла скупчитися у цій ділянці.

Для альтернативи можливо покласти пацієнта на бік (у такому положенні петлі кишечника, які заповнені газом, спливають догори).

Техніка виконання:

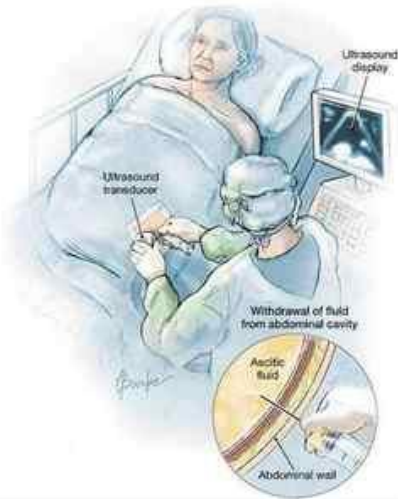


Рис. 2

Після висаджування пацієнта намічається місце для пункції (у пацієнтів із вираженим асцитом місце пункції – середина відстані між пупком та лобковою кісткою або на 2 см нижче пупка).

Якщо пункція планується у лівому нижньому квадранті живота, то місце для пункції обирається приблизно нижня 1/3 лінії, що з'єднує пупок та передню верхню ость клубової кістки (точка Монро).

Перед введенням голки проводиться ретельна перкусія зони запланованої пункції (притуплення перкуторного звуку свідчить про скупчення рідини).

При необхідності виконують пункцію під контролем УЗД (рис. 2).

Після розмітки місця пункції поле для маніпуляції обробляють розчином антисептика та проводять місцеву анестезію.

Голку під час пункції слід вводити перпендикулярно шкірі у відміченому місці. Для попередження проколу кишечника слід вводити голку повільно, також слід застосовувати уривчасту аспірацію (постійна аспірація може призвести до оклюзії голки стінкою кишки або сальником).

Загальна схема парацентезу (рис. 3).

При діагностичному парацентезі виконується аспірація від 50 до 100 мл рідини з розподілом до лабораторних контейнерів.

При лікувальному парацентезі виконується аспірація великої кількості рідини. Евакуація 5–6 л асцитичної рідини зазвичай добре переноситься пацієнтом. Для евакуації більшого об'єму рекомендується проведення одночасної інфузійної терапії колоїдними розчинами (для попередження гіпотонії).

Після закінчення маніпуляції голка видаляється. На місце пункції накладається асептична наліпка.

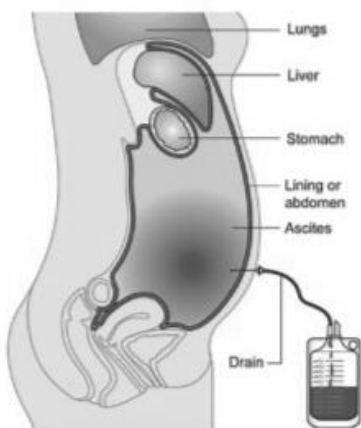


Рис. 3

ЛАПАРОЦЕНТЕЗ

Лапароцентез – малоінвазивне хірургічне втручання, за допомогою якого вдається видалити з черевної порожнини накопичену рідину. Виконується вона в діагностичних і лікувальних цілях. Лапароцентез при асциті допомагає не тільки встановити характер рідини й можливу причину її утворення, але і значно полегшити стан хворого.

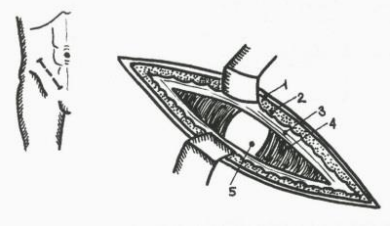
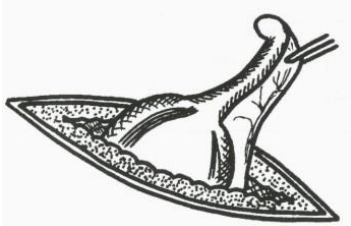
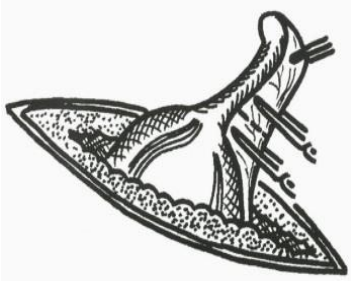

Діагностичний перитонеальний лаваж – це інвазивна екстрена процедура, яка використовується для виявлення гемоперитонеуму (або іншого патологічного вмісту черевної порожнини) та визначення необхідності проведення лапаротомії після травми живота.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіння методикою проведення лапароцентезу.
Місце виконання:	Перев'язувальна, операційна.
Оснащення:	 <p style="text-align: center;">Рис. 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перев'язувальний стерильний матеріал. 2. Стерильний троакар зі стилетом (рис. 1). 3. Дренажна гумова трубка завдовжки до 1 м. 4. Стерильний шприц ємкістю 5–10 мл із голкою. 5. 0,5 % розчин новокаїну. 6. Стерильний пінцет, ножиці, затискувач, металевий зонд. 7. Стерильний скальпель, голка, шовк, голкоутримувач. 8. Стерильна пробірка. 9. Лейкопластир. 10. Стерильні гумові рукавички. 11. 70 % розчин етилового спирту. 12. Йодонат або 0,5 % розчин хлоргексидину біглюконату. 13. Ємкість для збирання асцитичної рідини. 14. Функціональне крісло.
Підготовка до процедури:	<p>Використання місцевих засобів для спорожнення кишечника: наприклад, мікроклізми за 2–3 год до обстеження.</p> <p>Або застосування очисної клізми напередодні дослідження та за 2–3 год.</p>
Показання:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Напружений асцит. 2. Підозра на внутрішньочеревну кровотечу. 3. Підозра на перфорацію і розрив внутрішніх органів. 4. Множинні травми, коли пацієнт без свідомості, в стані травматичного шоку або комі, а характер пошкоджень не виключає можливості розривів внутрішніх органів. 5. "Змазана" клінічна картина гострого живота. 6. Проникаючі рани грудної клітини, особливо нижче четвертого ребра, коли є ризик поранення діафрагми, але немає показань для екстреної операції на грудній порожнині.

Протипоказання:	<ul style="list-style-type: none"> – масивні пухлини, розташовані у животі; – підозра на сильне пошкодження кишечника; – виражене здуття живота; – спайки очеревини; – гострі запальні процеси, гнійні ураження черевної порожнини; – присутність грижі; – вагітність.
Положення хворого:	<p>Пацієнт знаходиться на функціональному ліжку або операційному столі, головний кінець якого піднятий на 45–90 °.</p> <p>У разі травми пацієнт знаходиться на операційному столі горизонтально.</p>
<p>Техніка виконання:</p>  <p>Рис. 2</p>  <p>Рис. 3</p>  <p>Рис. 4</p>	<p>Хворий сидить у кріслі, опираючись на його спинку (або лежить горизонтально на операційному столі). Шкіру передньої черевної стінки знезаражують і пошироко знеболюють. Прокол передньої черевної стінки при асциті здійснюють по середній лінії між пупком та лобковим підвищенням або по краю лівого прямого м'яза живота. Щоб троакар краще просувався, скальпелем роблять розтин шкіри завдовжки 0,5–1 см. Троакаром зі стилетом, докладаючи невеликого зусилля, проколюють передню черевну стінку (рис. 2). Потім видаляють із троакара стилет, і через трубку витікає цівкою асцитична рідина. Рідину випускають повільно з перервами (1 л протягом 5 хв) для запобігання розвитку колапсу. Після видалення рідини троакар виймають, на місце пункції накладають шви й асептичну пов'язку.</p> <p>Процедура лапароцентезу в інших випадках, крім асциту, трохи відрізняється. Для виявлення пато-логічного вмісту живота використовується так званий "шарящий" катетер (рис. 3), з'єднаний зі шприцом, за допомогою якого відсмоктують наявний ексудат (рис. 4).</p> <p>Якщо шприц залишається порожнім, то у черевну порожнину вводиться фізіологічний розчин в обсязі приблизно 200–300 мл, який потім витягується назовні і досліджується на приховану кров (діагностичний перитонеальний лаваж). Якщо в процесі лапароцентезу виникає необхідність в огляді внутрішніх органів, то в трубку троакара можна помістити лапароскоп.</p> <p>Після того, як хірург отримав вміст черевної порожнини, важливо оцінити його зовнішній вигляд і вжити відповідних заходів щодо подальшого лікування. Якщо в триманому матеріалі виявлена кров, калові маси, домішки сечі, вміст кишечника і шлунка або рідина має сіро-зелений, жовтий колір, хворому необхідна термінова операція.</p>

АПЕНДЕКТОМІЯ

Апендектомія (лат. *appendix+ectomia* – хробакоподібний відросток та видалення) – хірургічне втручання, яке виконується при гострому апендициті з метою видалення з тіла людини патологічно зміненого апендикса.

Послідовність	Зміст
Мета:	Опанувати методику оперативного лікування гострого апендициту – апендектомія.
Місце виконання:	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>  <p style="text-align: center;">Рис. 2</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 3</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 4</p>	<p>Операція може проводитись під загальною, епідуральною чи місцевою анестезією. Доступ за Волковичем–Д'яконовим крізь точку Мак-Бурнея (рис. 1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – шкіра; 2 – підшкірна клітковина; 3 – апоневроз зовнішнього косого м'яза; 4 – внутрішній косий м'яз; 5 – очеревина. <p>Виведення купола сліпої кишки разом із хробакоподібним відростком у рану (рис. 2).</p> <p>Розрізання брижі відростка між затискувачами (рис. 3).</p> <p>"Скелетування" відростка перев'язуванням його судин (рис. 4).</p>

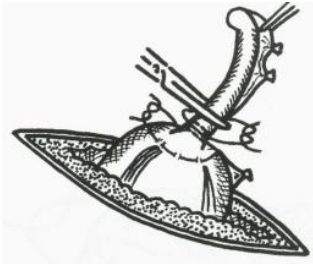


Рис. 5



Рис. 6

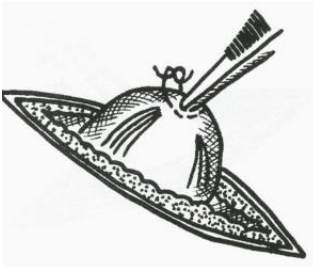


Рис. 7



Рис. 8

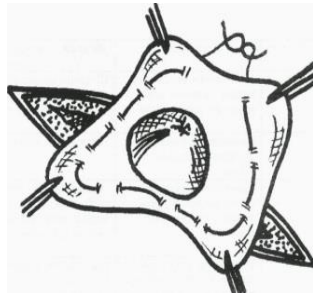


Рис. 9

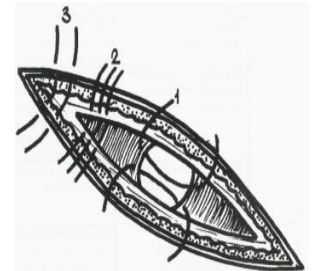


Рис. 10

Основу відростка перетискають затискувачем і перев'язують біля основи. Накладання капшучного шва (рис. 5).

Відрізання відростка (рис. 6).

Занурення кукси відростка зав'язуванням капшучного шва (рис. 7).

Z-подібним швом здійснюють подальше занурення кукси відростка (рис. 8).

Зашивання очеревини (рис. 9).

Пошарове зашивання рани:

- 1 – шви на внутрішній косий м'яз;
- 2 – шви на апоневроз зовнішнього косоного м'яза;
- 3 – шви на підшкірну клітковину та шкіру (рис. 10).

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ

Лапароскопічна апендектомія – це щадне хірургічне втручання, у ході якого видаляється запалений червоподібний (або інколи зустрічається термін "хробакоподібний") відросток – апендикс. Операція проводиться з доступом через невеликі проколи у черевній стінці.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою операції: лапароскопічна апендектомія.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Лапароскопічна стійка з відповідним набором інструментів.
Положення хворого:	<p>Операційна бригада при виконанні операції апендектомії складається з хірурга, асистента і операційної сестри. Хірург і асистент-оператор відеокамери знаходяться зліва від пацієнта, а відеостійка з монітором – на протилежному боці. Пацієнт перебуває на операційному столі в положенні на спині зі зведеними ногами, трохи опущеним головним кінцем і невеликим нахилом столу в ліву сторону. Для більш ретельного огляду черевної порожнини й її санації в процесі операції можливі зміни положення столу і хворого (перекладення в положення Тренделенбурга, Фаулера, повороти на правий бік і т. д.).</p>
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів. Це дозволяє створити адекватний пневмоперитонеум, забезпечує оптимальні умови для виконання всіх етапів операції і ревізії органів черевної порожнини.</p> <p>Операція лапароскопічної апендектомії включає наступні етапи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санація черевної порожнини. 2. Мобілізація червоподібного відростка. 3. Апендектомія. 4. Контрольна ревізія і завершення операції. <p>У зв'язку з можливістю анте- і ретроградного способів апендектомії черговість етапів може змінюватися.</p> <p>Операція виконується з трьох або чотирьох доступів. У ділянці пупкової воронки виконується невеликий (10–11 мм) шкірний розріз, через який за стандартною методикою за допомогою голки Вереша накладається пневмоперитонеум і вводиться перший 10 мм троакар для лапароскопа. Наступне введення троакара для інструментів здійснюється під контролем зору і обирається індивідуально залежно від анатомічних особливостей черевної порожнини пацієнта. Крім "умбілікального", в червну порожнину вводять ще 2–3 троакара (рис. 1): над лобком по середній лінії (5 мм троакар) і в правому/лівому підребер'ї по середньо-ключичній лінії (10–12 мм троакар).</p>

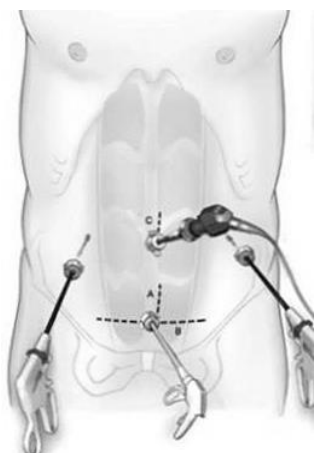


Рис. 1

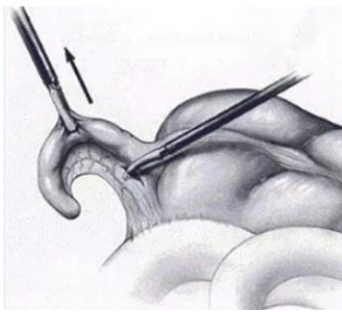


Рис. 2

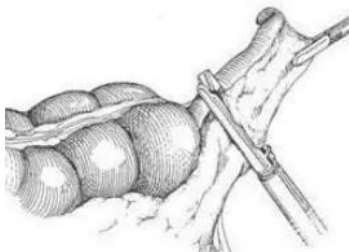


Рис. 3



Рис. 4

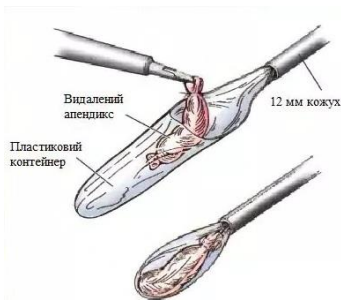


Рис. 5

Після введення інструментів проводиться ретельна ревізія черевної порожнини і визначаються наявність і ступінь поширеності перитоніту, характер розташування і форма червоподібного відростка, морфологічні зміни брижі, підстави відростка і купола сліпої кишки, можливість його видалення ендоскопічним способом і технічні особливості операції – способи мобілізації і перетину.

Червоподібний відросток захоплюється м'яким затискачем за брижі, підтягується вперед і вниз і вивішується" для ревізії брижі (рис. 2). Залежно від досвіду хірурга, характеру змін брижі і наявності інструментів обирається спосіб її перетину – коагуляційний, лігатурний, кліпування і апаратний.

Біля основи відростка в брижі дисектором або ножицями створюється невеликий отвір, через який проводиться лігатура, і брижа перев'язується У зручній ситуації (короткої брижі, виразний магістральний кровоток) можна зробити лігування брижі кліпатором.

У тих випадках, коли артерія не має магістрального стовбура, в брижі виражена жирова клітковина і відзначається її запальна інфільтрація, краще використовувати коагуляційний спосіб біполярним затискачем. Якщо виявляються виражений набряк, інфільтрація і мікроабсцеси, то брижі бажано перетинати за допомогою зшиваючих апаратів, накладаючи його якомога проксимальніше (рис. 3).

Після мобілізації відростка визначається спосіб апендектомії. Він може бути традиційним лігатурним та із застосуванням зшивачів (рис. 4). Застосування останніх показано особливо при інфільтрації і перфорації апендикса і тифліті, коли можлива крайова резекція купола сліпої кишки.

Червоподібний відросток видалається з черевної порожнини через 10 мм троакар. У разі вираженої деструкції відростка з метою профілактики інфікування передньої черевної стінки в ділянці проколу його необхідно витягувати в спеціальному пластиковому контейнері (рис. 5).

Операцію закінчують видаленням газу і троакарів із черевної порожнини, контролюючи відсутність кровотечі з проколів черевної стінки через лапароскоп.

Причинами переходу до лапаротомії є перитоніт, атипове розташування червоподібного відростка, периапендикулярний інфільтрат і абсцес, перфорація основи червоподібного відростка, розвиток ускладнень (кровотеча з брижі, пошкодження органів).

ГАСТРОТОМІЯ

Гастротомія – операція розтину шлунка. Показана для видалення стороннього тіла з діагностичною метою (для огляду внутрішньої поверхні шлунка), зупинки шлункової кровотечі і т. д. Виконавши завдання операції, шлунок і черевну стінку зашивають. Наявність рубця на стінці шлунка після гастротомії не спричиняє ніяких розладів.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою виконання гастротомії.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Розрізання серозного та м'язового шарів стінки шлунка (рис. 1).</p> <p>Розрізання слизової оболонки шлунка (рис. 2).</p> <p>До гастротомної рани введені гачки Фарабефа. Проводиться огляд слизової шлунка (рис. 3).</p> <p>Зашивання отвору в шлунку: перший ряд швів через усі шари стінки; другий ряд – серозно-м'язові шви.</p> <p>Ушивання гастротомної рани дворядним швом (рис. 4).</p>



Рис. 1



Рис. 2

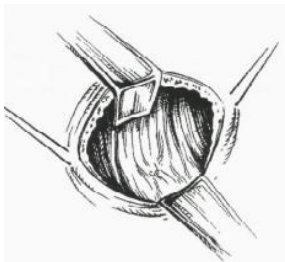


Рис. 3

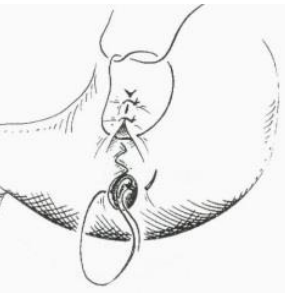


Рис. 4

ДУОДЕНОТОМІЯ

Дуоденотомія – хірургічний розтин просвіту дванадцятипалої кишки. Дуоденотомія використовується для інтраопераційної діагностики патологічних станів і захворювань дванадцятипалої кишки на рівні *pars horisontalis anterior duodeni*, *pars dascendens* і *pars horisontalis inferior duodeni*.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою дуоденотомії.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Після виконання верхньосередньої лапаротомії і виведення в рану дванадцятипалої кишки, накладають два тримачі в ділянці передньої стінки дванадцятипалої кишки зі сторони малої і великої кривини. У міжсудинному просторі, в поздовжньому напрямку пошарово розкривають просвіт дванадцятипалої кишки (рис. 1).</p> <p>Дуоденотомічний розріз зашивають у поперечному напрямі шляхом накладання ряду вузлових швів із захватом усіх шарів вузликами всередину, з наступним накладанням другого ряду шовкових вузлових серо-серозних швів (рис. 2).</p>

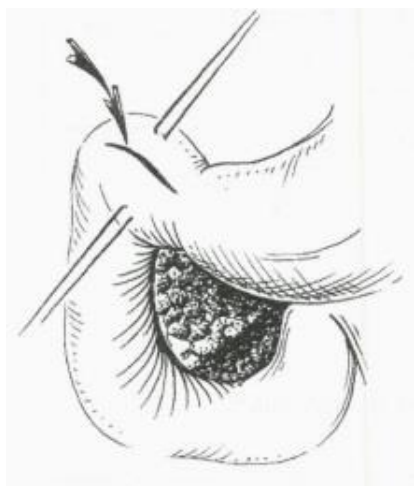


Рис. 1

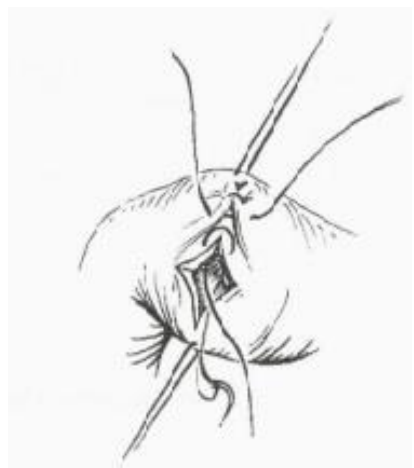


Рис. 2

ВИСІЧЕННЯ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Висічення виразки шлунка передбачає видалення тканин з ознаками патологічних процесів (проривна виразка або виразка, що кровоточить) з їх подальшим гістологічним дослідженням. Включає пластику шлунка, спрямовану на відновлення його функцій.

Висічення виразки дванадцятипалої кишки – висічення виразкового дефекту органа з наступною пластикою ДПК (розширююча дуоденопластика).

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою висічення виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Після виконання верхньосередньої лапаротомії і виведення в рану шлунка/дванадцятипалої кишки проводиться візуалізація виразки. У поздовжньому напрямі виконують ромбоподібне висічення виразки з розкриттям просвіту шлунка/ДПК (рис. 1).</p> <p>Накладання ряду безперервних швів через усі шари стінки шлунка/ДПК (рис. 2).</p> <p>Накладання другого ряду серо-серозних вузлових швів (рис. 3).</p>

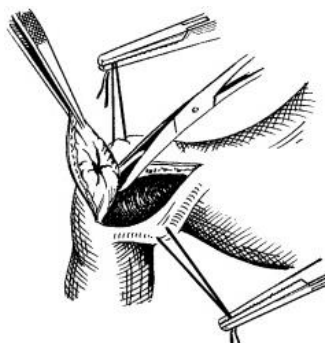


Рис. 1

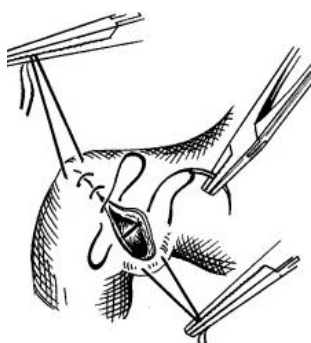


Рис. 2

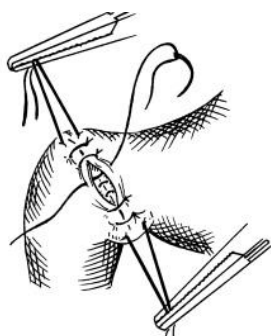


Рис. 3

ЕКСТЕРІОРИЗАЦІЯ ВИРАЗКИ

Екстеріоризація виразки, що кровоточить – за оригінальною методикою передбачає подвійний вкол і вкол голки по обидва боки виразкового дефекту, що забезпечує механічне стискання судин періульцерозної ділянки та ефективне виведення виразки за контур травного каналу. Операція виконується при виразках задньої стінки ДПК з penetрацією.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою екстеріоризації виразки.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Після виконання верхньосередньої лапаротомії і виведення в рану дванадцятипалої кишки проводиться візуалізація виразки. У разі неможливості її висічення виконується механічне стискання судин періульцерозної ділянки та ефективне виведення виразки за контур травного каналу за допомогою швів (подвійний вкол і вкол голки по обидва боки виразкового дефекту) (рис. 1).</p> <p>Накладання двох рядів швів на стінку ДПК (кінцевий вигляд) (рис. 2).</p>

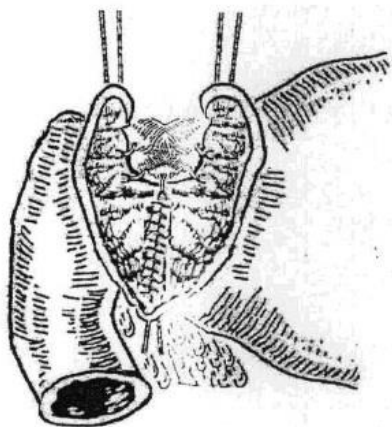


Рис. 1

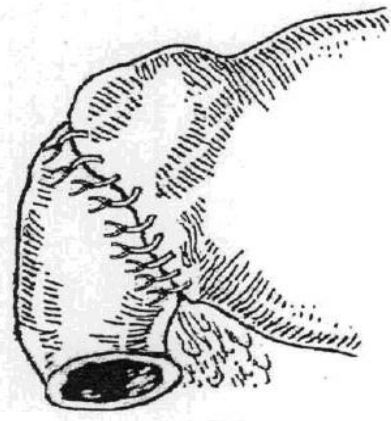


Рис. 2

ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЗАЩЕМЛЕНИХ ГРИЖАХ

Принципова відмінність оперативного лікування защемлених гриж полягає у тому, що першим розкривається грижовий мішок, з фіксацією та утриманням грижового вмісту, щоб він не занурився у черевну порожнину. Другим етапом розкривається защемлююче кільце (грижові ворота) та оцінюється життєздатність защемленого грижового вмісту. Після визнання вмісту життєздатним виконують один із видів пластики грижі як при плановому оперативному лікуванні. Однак, якщо грижовий вміст виявився нежиттєздатним, виконуються резекційні методики (резекція частини великого чепця, резекція тонкої кишки).

Послідовність	Зміст
<i>Мета:</i>	Оволодіти методикою оперативного лікування гриж різної локалізації.
<i>Місце виконання:</i>	Операційна.
<i>Оснащення:</i>	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
<p><i>Алгоритм виконання:</i> (на прикладі при защемлених пахових грижах)</p> <div style="text-align: center;">  <p>Рис. 1</p>  <p>Рис. 2</p>  <p>Рис. 3</p>  <p>Рис. 4</p> </div>	<p>Операція проводиться в умовах загальної або спінальної анестезії.</p> <p>Розріз шкіри та підшкірної клітковини з апоневрозом, виділення грижового мішка з навколишніх тканин (рис. 1).</p> <p>Розрізання грижового мішка, фіксація вмісту, розрізання грижових воріт (защемлюючого кільця) (рис. 2).</p> <p>Занурення грижового вмісту у черевну порожнину, прошивання та перев'язка грижового мішка (рис. 3).</p> <p>Видалення надлишку очеревини та занурення кукси грижового мішка. Пошарове зашивання операційної рани (рис. 4).</p>

ЕНТЕРОТОМІЯ

Ентеротомія – розтин порожнини тонкої кишки, який проводиться з лікувальною або діагностичною метою. Частіше за все виконується для видалення сторонніх тіл тонкої кишки (безоарів, гельмінтів і т. д.).

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою ентеротомії.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю
Алгоритм виконання:	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів. Після виконання лапаротомії в рану виводиться петля тонкої кишки.</p> <p>Розкриття просвіту кишки. Розрізання серозно-м'язового шару (<i>рис. 1</i>).</p> <p>Розрізання слизової оболонки (<i>рис. 2</i>).</p> <p>Видалення стороннього тіла (безоара) з просвіту тонкої кишки (<i>рис. 3</i>).</p> <p>Закриття просвіту кишки. Накладання першого ряду швів через усі шари стінки кишки (<i>рис. 4</i>).</p> <p>Накладання другого ряду серозно-м'язових швів (<i>рис. 5</i>).</p>

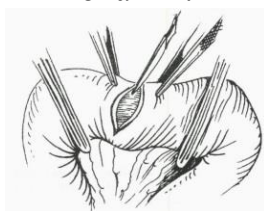


Рис. 1

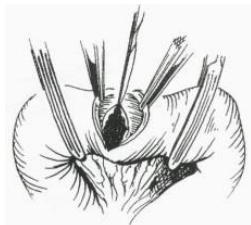


Рис. 2

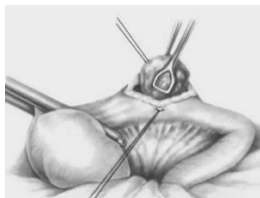


Рис. 3

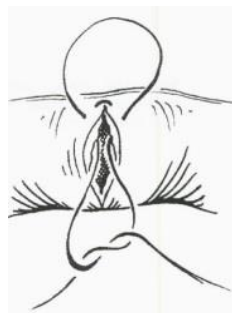


Рис. 4

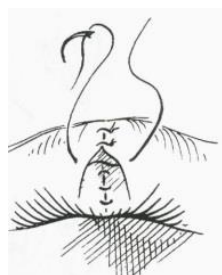


Рис. 5

РЕЗЕКЦІЯ ТОНКОЇ КИШКИ

Це операція, спрямована на видалення ділянок тонкої кишки з патологічними змінами. Після резекції ураженого фрагмента кишечника проводиться зшивання здорових кінців кишки та формування анастомозу з метою відновлення прохідності та безперервності тракту.

Показаннями до цього способу хірургічного лікування можуть бути: онкоутворення, защемлення грижі, непрохідність тонкого кишечника, тромбоз кровоносних судин кишечника, травми.

До екстрених відносяться защемлення грижі черевної стінки з одночасним некрозом частини кишки, травматичне поранення кишечника, тромбоз брижових судин, які живлять кишку, заворот кишечника і запалення дивертикулів із перфорацією.

Планові операції зазвичай здійснюються у разі виявлення онкологічних патологій як доброякісних, так і злоякісних. У першому випадку типовою є легка, секторальна резекція, у другому – залежно від рівня ураження кишечника – використовується широке оперативне втручання з висіченням великої ділянки.

Виділяють два способи резекції кишки:

1) Лапароскопічний – резекція проводиться за допомогою оснащеного відеокамерою приладу – лапароскопа та спеціальних ендоскопічних інструментів. Доступ до операційного поля здійснюється через декілька маленьких (близько 1 см) розрізів передньої черевної стінки. Незважаючи на те, що лапароскопія є найбільш сучасним та щадним способом оперативного втручання, пов'язаного з мінімальною кількістю ускладнень та косметичних дефектів, вона допустима не в кожному випадку. Стан пацієнта, розвиток у нього масованої кровотечі та обсяг необхідної резекції може вимагати переходу з лапароскопічного способу на відкритий у процесі операції.

2) Лапаротомний (відкритий) – порожнинна операція, при якій доступ виходить через розріз близько 20–25 см завдовжки. Для попередження рецидивування у разі онкозахворювання видаляється не тільки пухлинний осередок, а й здорові тканини.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою резекції тонкої кишки.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів. Мобілізація ділянки тонкої кишки, біля її стінки (рис. 1).

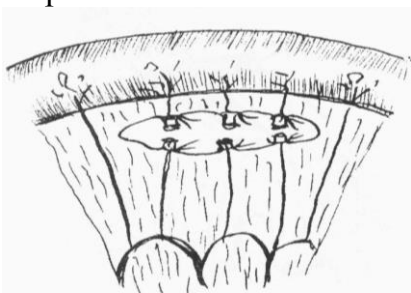


Рис. 1

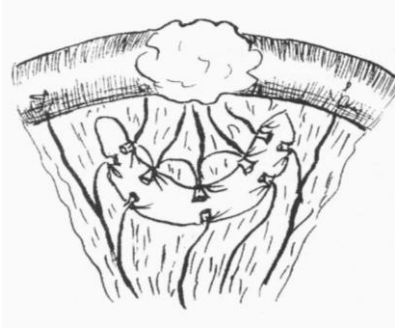


Рис. 2

Клиноподібне скелетування тонкої кишки при злоякісній пухлині (рис. 2).

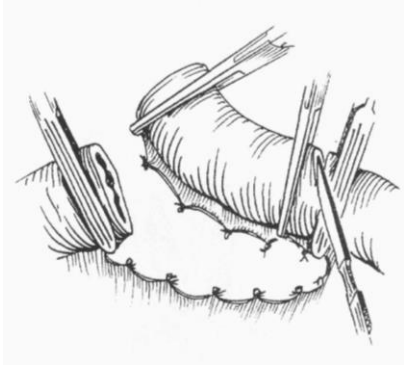


Рис. 3

Резекція мобілізованої ділянки кишки між двома затискувачами (рис. 3).

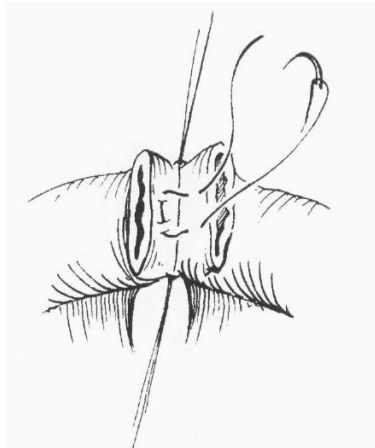


Рис. 4

Формування анастомозу "кінець у кінець". Накладені шви-тримачі. Початок заднього ряду серо-серозних швів (рис. 4).

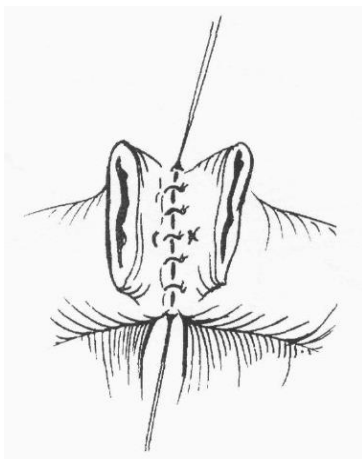


Рис. 5

Задній ряд серо-серозних швів у завершеному вигляді (рис. 5).

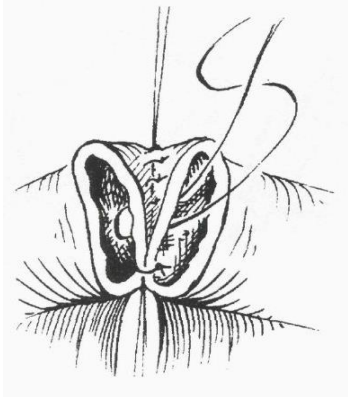


Рис. 6

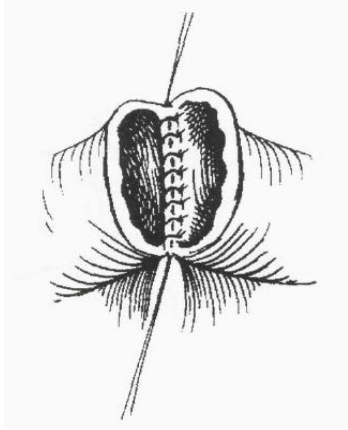


Рис. 7

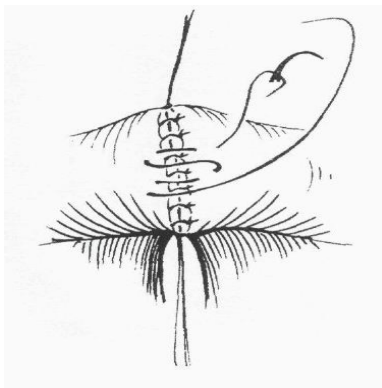


Рис. 8

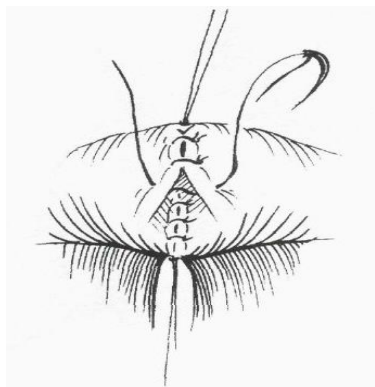


Рис. 9

Накладання заднього ряду вузлових швів через усі стінки (рис. 6).

Задній ряд вузлових швів у завершеному вигляді (рис. 7).

Накладання переднього ряду швів через усі шари стінки (рис. 8).

Накладання переднього ряду серо-серозних вузлових швів (рис. 9).

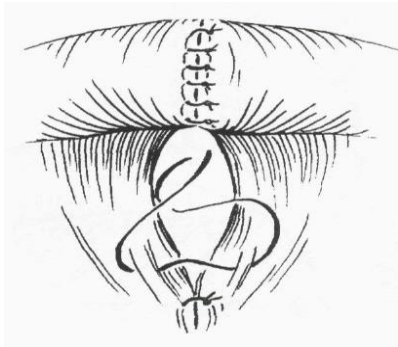


Рис. 10

Закриття отвору брижі вузловими швами (рис. 10).

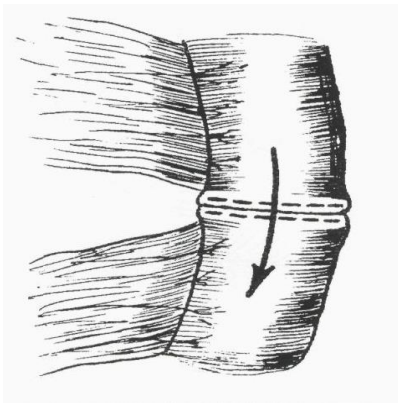


Рис. 11

Анастомоз "кінець у кінець" у завершеному вигляді (рис. 11).

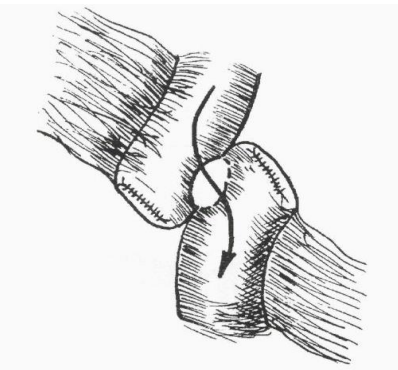


Рис. 12

Варіант анастомозу "бік у бік" у завершеному вигляді (рис. 12).

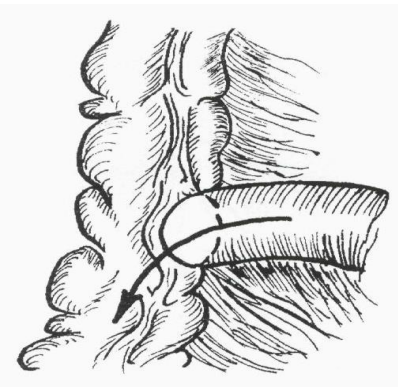
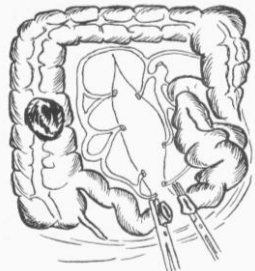



Рис. 13

Варіант анастомозу "кінець у бік" у завершеному вигляді (рис. 13).

ІЛЕОТРАСВЕРЗОСТОМІЯ

Ілеотрансверзостомія – хірургічне формування анастомозу між клубовою і поперечною ободовою кишками. Зазвичай завершальний етап правобічної геміколектомії.

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою накладання ілеотрансверзостомії.
Місце виконання:	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>  <p style="text-align: center;">Рис. 2</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 3</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 4</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 5</p>	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Мобілізація правої половини обвідної кишки (рис. 1).</p> <p>Перерізання кінцевого відділу здухвинної кишки (рис. 2).</p> <p>Перерізання поперечно-ободової кишки (рис. 3).</p> <p>Анатомо-топографічні особливості операційного поля після видалення правої половини ободової кишки та ушивання її кукси (рис. 4).</p> <p>Остаточний вигляд накладеного ілеотрансверзоанастомозу "кінець у бік" із ушитим дефектом парієтальної очеревини (рис. 5).</p>

ПРОШИВАННЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН КАРДІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ

Хірургічний підхід у профілактиці кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка полягає у розрізненні портокавальних зв'язків, зокрема малоінвазивних, з метою зменшення припливу крові до варикозно розширених вен кардіоезофагеальної ділянки. До цих операцій відносяться деваскуляризація стравоходу та шлунка, транссекція стравоходу та шлунка, резекція стравоходу та шлунка. До малоінвазивних втручань відносяться ендоскопічне склерозування та лігування варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка, ендоваскулярні операції (редукція селезінкового кровотоку, редукція печінкового кровотоку, емболізація кардіальних вен шлунка, операція BRTO (Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration) – ретроградна оклюзія варикозних вен шлунка та стравоходу).

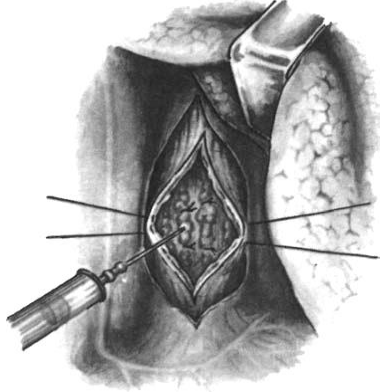
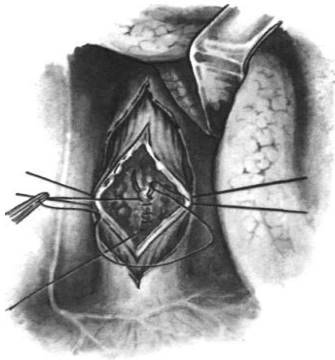
Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою зупинки кровотечі варикозно розширених вен стравоходу.
Місце виконання:	Операційна.
Оснащення:	Набір операційний великий (760 інструментів). Розрахований на оснащення операційного відділення загального профілю.
Алгоритм виконання:	Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.
 <p style="text-align: center;">Рис. 1</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 2</p>	<p>Операція Борема. Виконується з трансторакального доступу. Спочатку виконується мобілізація над-діафрагмального відділу стравоходу з поздовжнім його розтином. Варикозні вени нижньої третини стравоходу лігуються за ходом вище та нижче. Після чого проводиться їх хімічне склерозування (рис. 1).</p> <p>Операція Борема–Крайля. Додаткове обшивання варикозних вен стравоходу безперервним кетгутовим швом (рис. 2).</p>



Рис. 3

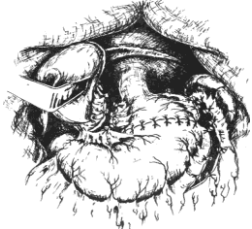


Рис. 4

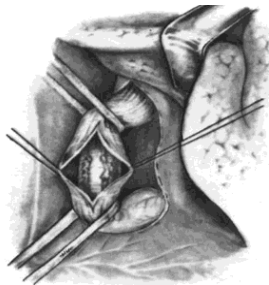


Рис. 5

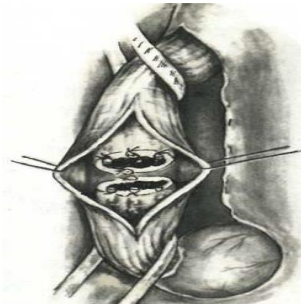


Рис. 6

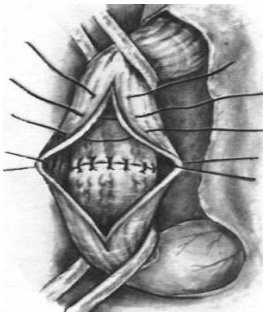


Рис. 7

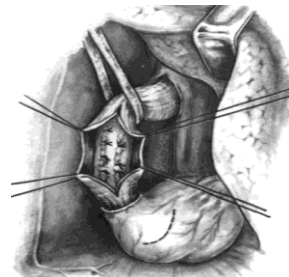


Рис. 8

Операція Танера. Виконується з абдомінального доступу. З метою роз'єднання портальної та кавальної систем виконується перетин шлунка в поперечному напрямку. Після ретельного лігування венозних судин шлунок зшивається дворядними швами (рис. 3).

Операція Танера. Остаточний вигляд (рис. 4).

Операція Уолкера. Виконується з трансторакального доступу. Спочатку виконується мобілізація наддіафрагмального відділу стравоходу з поздовжнім розтином м'язового шару (рис. 5).

Операція Уолкера. Підслизовий шар та слизову розсікають циркулярно. З подальшим лігуванням варикозно розширених вен стравоходу (рис. 6).

Операція Уолкера. Після лігування вен стравоходу слизова ушивається безперервним швом, м'язів шар – окремими вузловими швами (рис. 7).

Операція Паціори. Перший етап: із трансторакального доступу виконується прошивання варикозних вен нижньої третини стравоходу (рис. 8).

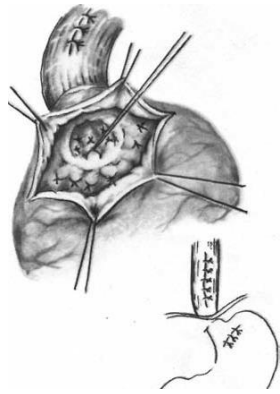


Рис. 9



Рис. 10.

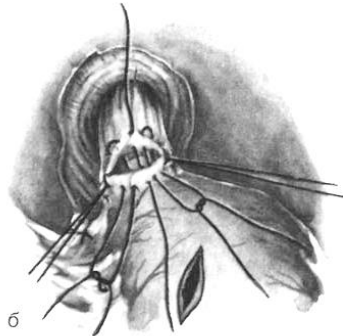


Рис. 11



Рис. 12

Операція Паціори. Другий етап: лапаротомія, гастротомія з прошиванням варикозно розширених вен абдомінального відділу стравоходу і кардіального відділу шлунка шовним матеріалом із тривалим терміном розсмоктування та деваскуляризація проксимального відділу шлунка (рис. 9).

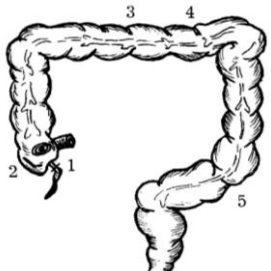

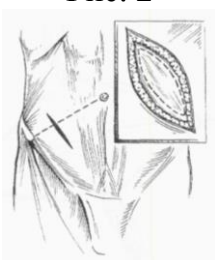
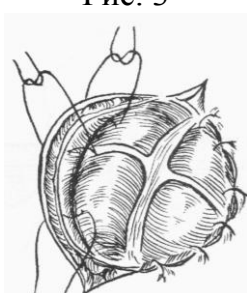
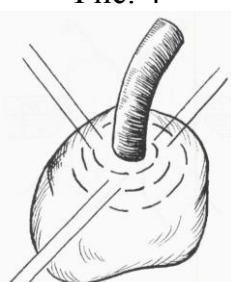
Операція О. О. Шалімова при варикозному розширенні вен стравоходу. Верхня середина лапаротомія. Виділення абдомінальної частини стравоходу з вивільненням дна шлунка з оточуючої стравохід клітковини з венозною сіткою; гастротомія, через розріз у стравохід вводять апарат ПКС-25, над голівкою апарата ниткою затягують стравохід у місці переходу в слизову оболонку шлунка, за допомогою якого виконують пересічення та зшивання стравоходу (рис. 10).

Операція О. О. Шалімова. Накладання додаткового ряду швів над лінією анастомозу (рис. 11).

Операція О. О. Шалімова. Ушивання гастротомічного розрізу (рис. 12).

Із розвитком малоінвазивних оперативних втручань (ендоскопічне лігування та склерозація варикозно розширених вен стравоходу) значення виконання порожнинних операцій при даній патології суттєво зменшилася.

КОЛОСТОМІЯ. ЦЕКО-, ТРАНСВЕРЗО-, СИГМОСТОМІЯ

Послідовність	Зміст
Мета:	Оволодіти методикою накладання стоми різної локалізації.
Місце виконання:	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>  <p style="text-align: center;">Рис. 2</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 3</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 4</p>  <p style="text-align: center;">Рис. 5.</p>	<p>Операція проводиться під загальною анестезією із застосуванням міорелаксантів.</p> <p>Схема локалізації колостоми:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Апендицеостоста. 2 – Цекостама. 3–4 – Трансверзостама. 5 – Сигмостама (<i>рис. 1</i>). <p>Типи цекостом і ступінь відключення товстої кишки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Широка нориця. 2 – На трубці. 3 – Протиприродний анус. <p>(стрілками показано напрямок руху кишкового вмісту) (<i>рис. 2</i>).</p> <p>Пристінкова цекостомія</p> <p>Розріз за Мак-Бурнеєм із вирізанням овального клаптя шкірно-підшкірно-апоневротичних шарів (<i>рис. 3</i>).</p> <p>Виведення в рану купола сліпої кишки та її підшивання до парієтальної очеревини, апоневрозу та шкіри (<i>рис. 4</i>).</p> <p>Накладання капшучних швів і введення трубки в просвіт сліпої кишки (<i>рис. 5</i>).</p>

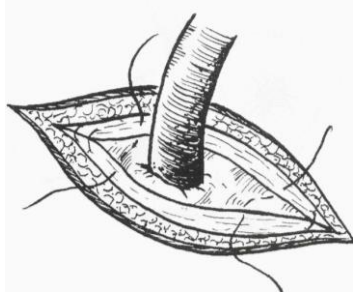


Рис. 6

Зашивання апоневрозу з фіксуванням сліпої кишки (рис. 6).



Рис. 7

Петльова колостома

Виведення поперечно-ободової кишки з черевної порожнини в рану. Поряд зі стінкою кишки затискачем роблять отвір у брижі (рис. 7).

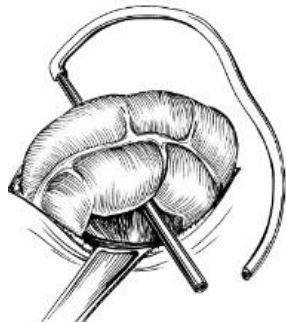


Рис. 8

Через отвір у брижі товстої кишки проводиться товста гумова трубка-тримач (рис. 8).

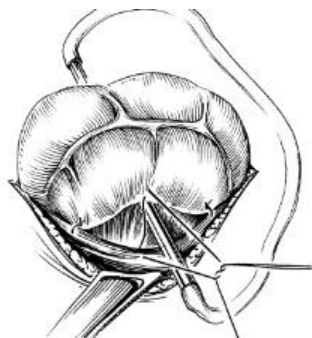


Рис. 9

Виведену до рани частину кишки фіксують до м'язово-апоневротичної пластинки передньої черевної стінки вузловими швами, захоплюючи серозно-м'язову оболонку стінки кишки. Шви накладаються циркулярно за ходом рани (рис. 9).

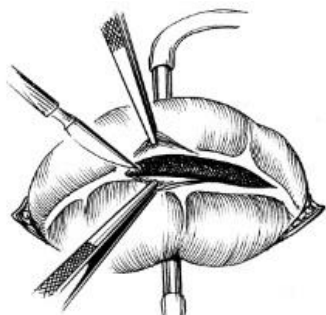


Рис. 10

Розкриття просвіту поперечно-ободової кишки (лінія розрізу проходить поздовжньо по tenia libera) (рис. 10).

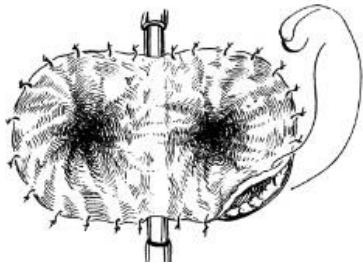


Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16

Фіксація стінки кишки. Наскрізними вузловими швами через усі шари стінки кишечника фіксують край стінки кишки до шкіри. Підняту "двостволку" товстої кишки прошивають серо-серозними швами циркулярно по периметру кишки до парієтальної очеревини з наступною фіксацією до шкіри (рис. 11).

Кінцева коло стома

Висічення шкірно-підшкірного клаптя для подальшого виведення стоми. Робиться над місцем проєкції відрізка кишечника, який планується до виведення (рис. 12).

Підшивання парієтальної очеревини окремими вузловими швами до м'язово-апоневротичної пластинки передньої черевної стінки. Лігатури не зрізаються, а беруться у затискачі (рис. 13).

Виведення кукси товстої кишки назовні (рис. 14).

Фіксація кукси товстої кишки.

Кукса фіксується циркулярно, окремими серо-серозними швами, за допомогою тих самих лігатур, якими зшиті парієтальна очеревина та м'язово-апоневротична пластинка (рис. 15).

Додаткова фіксація кукси кишки до шкіри другим рядом наскрізних швів (рис. 16).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. 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 : рис., табл. (Національний підручник).
2. Загальна хірургія : базовий підручник для студ. 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.
3. Загальна хірургія : базовий підручник для студ. вищих навч. закладів – мед. університетів, інститутів й академій / С. Д. Хіміч [та ін.] ; ред. : С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба. 3-є вид., виправ. і доп. Київ : ВСВ "Медицина", 2018. 608 с.
4. Загальна хірургія : підручник / П. О. Герасимчук [та ін.]. ; ред. П. О. Герасимчук; Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль : ТНМУ "Укрмедкнига", 2020. 696 с. : іл.
5. Загальна хірургія : підручник для студ. вищих навч. закладів МОЗ України / В. П. Андрущенко [та ін.] ; ред. Я. С. Березницький [та ін.]. Вінниця : Нова Книга, 2018. 344 с. : іл.
6. Клінічна анатомія та оперативна хірургія передньобічної стінки живота та черевної порожнини : навч. посіб. для студ. Мед. фак-тів вищих навч. закладів III–IV рівня акредитації та лікарів-інтернів за спец. 222 "Медицина" / О. А. Григор'єва, В. В. Булдишкін, Е. Р. Скаковський. Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. 172 с.
7. Онкологія : підручник / А. І. Шевченко, О. П. Колеснік, Н. Ф. Шевченко [та ін.] ; ред. А. І. Шевченка. Вінниця : Нова Книга, 2020. 488 с.
8. Оперативна хірургія та топографічна анатомія : націон. підручник для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / Ю. Т. Ахтемійчук [та ін.] ; ред. М. П. Ковальський. 3-є вид., виправ. Київ : ВСВ "Медицина", 2016. 504 с. : 40 с. кольор. вкл.
9. Фелештинський Я. П. Післяопераційні грижі живота : монографія. Київ : ТОВ Бізнес-Логіка. 2012. 200 с.
10. Ургентна абдомінальна хірургія : навч. посіб. / В. І. Ляховський та ін. Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2018. 224с.

ЗМІСТ

Вступ	3
Пункція черевної порожнини	5
Лапароцентез. Діагностичний перитонеальний лаваж	7
Апендектомія	9
Лапароскопічна апендектомія	11
Гастротомія	13
Дуоденотомія	14
Висічення виразки шлунка та дванадцятипалої кишки	15
Екстеріоризація виразки	16
Операції при защемлених грижах	17
Ентеротомія	18
Резекція тонкої кишки	19
Ілеотрансверзостомія	23
Прошивання варикозно розширених вен кардіального відділу стравоходу	24
Колостомія. Цеко-, трансверзо-, сигмостомія	27
Рекомендована література	30

Навчальне видання

ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ

Частина III

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Методичні вказівки

для підготовки лікарів-інтернів зі спеціальності "Хірургія"

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

Відповідальний за випуск В. В. Бойко

Редактор Н. І. Дубська
Комп'ютерний набір Д. В. Мінухін
Комп'ютерна верстка В. В. Брітякова

Формат А4. Ум. друк. арк. 4,0. Зам. № 25-32.

**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.