

МОЗ УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

КАФЕДРА ХІРУРГІЇ № 2

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри хірургії № 2
протокол № 1 від «28» серпня 2009 р.

Навчальний предмет

хірургія

Зав. кафедри _____ професор **Шейко В.Д.**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

МОДУЛЬ 2

«Торакальна, серцево-судинна, ендокринна хірургія »

Змістовний модуль 3 «Грудна, серцева, ендокринна хірургія»

Змістовний модуль 4 «Судинна хірургія»

ЗМІСТ

Змістовний модуль 3 «Грудна, серцева, ендокринна хірургія»	3
1. Травма грудної клітки.	3
2. Гнійні захворювання легень та плеври.	7
3. Ішемічна хвороба серця.	12
4. Набуті вади серця.	16
5. Інфаркт міокарда. Аневризми серця.	20
6. Захворювання середостіння.	27
7. Хірургічні захворювання щитовидної залози.	32
8. Хірургічні захворювання молочної залози.	34
Змістовний модуль 4 «Судинна хірургія»	37
9. Артеріальні тромбози та емболії.	37
10. Тромбоемболія легеневої артерії.	44
11. Абдомінальний ішемічний синдром.	49
12. Облітеруючий атеросклероз і ендартеріт.	52
13. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок.	56
14. Тромбози магістральних вен.	61
15. Післятромбофлебітичний синдром (ПТФС).	66
16. Лімфедема кінцівки.	71
17. Підготовка до підсумкового модульного контролю	75
18. Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять	79

**ТЕМА: Травма грудної клітки. Класифікація. Ранні та пізні ускладнення.
Диференціальна діагностика. Перша лікарська допомога і тактика лікування.**

Кількість навчальних годин - 6.

1. Актуальність теми:

Сучасний травматизм являє собою важливу соціальну проблему. Спостерігається ріст тяжких поєднаних травм, ускладнення яких призводять до термінальних станів. Травма грудної клітки супроводжується в переважній більшості випадків порушенням функції життєво важливих органів. Тому при таких травмах постійно виникає необхідність удосконалювати діагностику та лікування хворих. Надання адекватної невідкладної допомоги при травмах грудної клітки дозволяє запобігти тяжких ускладнень, а часто і врятує життя пацієнта.

2. Навчальні цілі:

Знати:

Розповсюдженість, класифікацію, етіологію, патогенез, клінічну картину, методи діагностики, диференційну діагностику, лікувальну тактику, варіанти хірургічних втручань при ушкодженнях грудної клітки, а також способи запобігання ускладнень.

Вміти:

Діагностувати гемоторакс та пневмоторакс, тампонаду серця, порушення каркасної функції грудної клітки, провести диференційну діагностику, надати невідкладну та першу лікарську допомогу при травмах грудної клітки, скласти схему лікування, орієнтуватися в методах оперативного втручання при травмах грудної клітки.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи:

3.1. Базові знання(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову грудної клітки та її органів	
Фізіологія	Фізіологію дихання та кровообігу.	
Патофізіологія	Механізми порушень функції органів грудної клітки та загальні механізми компенсації функціональних розладів.	
Внутрішні хвороби	Етіологію, патогенез, клініку та принципи лікування функціональної недостатності захворювань серця та легенів.	Діагностувати, інтерпретувати дані рентгенологічних досліджень, ЕКГ, складати схему лікування при функціональній недостатності серця та легенів.

3.2. Зміст теми (Текст додається).

3.3.Рекомендована література:

1. М.П.Черенько, Ж.М.Ваврик. Загальна хірургія. – Київ.; Здоров'я.1999.
2. Хирургические болезни: Учебник/ М.И.Кузин, О.С.Шкроб,Н.М.Кузин и др. – М.; Медицина, 2005.
3. Військова хірургія. За ред. Білого В.Я. Тернопіль, 2004.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори, сприяючі моменти виникнення пневмотораксу та гемотораксу, переломів ребер, пошкодження серця.	

Клініку	Визначити основні клінічні прояви перелому ребер, пневмотораксу, гемотораксу, пошкоджень серця	
Діагностику	Дати перелік основних діагностичних методів	
Диференційну діагностику	Скласти таблицю диференційної діагностики пневмотораксу та гемотораксу	
Лікування	Невідкладна допомога постраждалим з трамою грудної клітки та її органів Представити типову схему лікування пошкоджень легень, плеври, серця	

3.5. Матеріали для самоконтролю

А. Питання для самоконтролю:

1. Анатомо - фізіологічні відомості про легені і плевру.
2. Класифікація пошкоджень легень і плеври.
3. Методи дослідження хворих з пошкодженнями легень і плеври.
4. Класифікація дихальної недостатності.
5. Переломи ребер, флотуючий перелом ребер.
6. Пневмоторакс, визначення, класифікація.
7. Клініка, діагностика різних видів пневмотораксу.
8. Лікування пневмотораксу на різних етапах мед.евакуації.
9. Гемоторакс, визначення.
10. Етіологія гемотораксу.
11. Класифікація гемотораксу, діагностика.
12. Клінічна картина.
13. Лікування гемотораксу на етапах мед.евакуації.
14. Невідкладна допомога постраждалим з трамами грудної клітки.
15. Перша лікарська допомога.
16. Кваліфікована хірургічна допомога при травмі грудної клітки.
17. Показання до проведення термінової торакотомії.
18. Показаннями до проведення віддаленої торакотомії.
19. Термінові заходи кваліфікованої хірургічної допомоги першої черги.
20. Термінові заходи кваліфікованої хірургічної допомоги другої черги.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Невідкладним заходом на етапі першої лікарської медичної допомоги при напруженому пневмотораксі є:
 - а) накладення тиснучої пов'язки
 - б) накладення окклюзійної пов'язки
 - в) трахеостомія
 - г) торакотомія
 - д) дренивання плевральної порожнини
2. Життєвим показанням до торакотомії на етапі кваліфікованої лікарської допомоги є:
 - а) малий гемоторакс
 - б) закритий пневмоторакс
 - в) триваюча внутрішньоплевральна кровотеча
 - г) середній гемоторакс
 - д) підшкірна емфізема
3. Найбільш небезпечним для життя ушкодженням при травмі грудної клітки є:
 - а) перелом трьох ребер
 - б) ушкодження грудини
 - в) поранення м'яких тканин
 - г) перелом лопатки
 - д) клапанний пневмоторакс

4. Достовірними ознаками проникаючого поранення і плевральної порожнини є:
- а) кровотеча з рани
 - б) підшкірна емфізема
 - в) засмокування чи виходження повітря з рани
 - г) наявність пневмотораксу
 - д) наявність гемотораксу
5. Можливими джерелами кровотечі у плевральну порожнину при травмі грудей є:
- а) міжреберні судини
 - б) судини легень
 - в) судини діафрагми, перикарду
 - г) рани серця
 - д) латеральна артерія грудей
6. Найбільш небезпечним для життя ушкодженням при травмі грудної клітки є:
- а) перелом трьох ребер
 - б) ушкодження грудини
 - в) тампонада серця
 - г) перелом лопатки
 - д) клапанний пневмоторакс

Вірні відповіді: 1 - д; 2 - в; 3 - д; 4 - в, г, д; 5 - а, б, в, г, д, ; 6 - в, д.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий Д., 36 років звернувся із скаргами на задишку, запаморочення. 2 дні тому отримав тупу травму грудей. Об'єктивно: ліва половина грудної клітки відстає у акті дихання. Рентгенологічно - ліва легень колабована на 1/3 об'єма. Перелом 4-6 ребер зліва. Яке ускладнення розвилось у хворого?

- а) Пневмоторакс.
- б) Післятравматичний гемоторакс.
- в) Емпієма плеври.
- г) Плеврит.

Вірна відповідь: б

2. Хворий К., 19 років доставлений з діагнозом "Травма груді" із скаргами на неможливість вдиху та видиху. Хворий блідий. АТ 90/50 мм.рт.ст. Аускультативно - зліва дихання не вислуховується. Рентгенологічно: органи середостіння зміщені вправо, ателектаз лівої легені. Ваш діагноз?

- а) Напружений лівобічний пневмоторакс.
- б) Перелом ребер.
- в) Забиття грудної клітки.
- г) Забиття серця.

Вірна відповідь: а

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою збору анамнезу для проведення курації хворого з травмою грудної клітки,
- мати навички діагностування травм грудної клітки, використовуючи методи фізикальної діагностики та інтерпретуючи дані додаткових методів обстеження
- провести диференційну діагностику із схожими ознаками захворювань органів грудної клітки
- скласти план лікування, визначити показання та імовірні методи хірургічного втручання

4.2. Професійні алгоритми

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	1.Зібрати анамнез 2.Провести об'єктивне обстеження хворого 3.Провести лабораторні обстеження 4.Рентгенологічне обстеження 5.Додаткові інструментальні методи обстеження (бронхоскопія та бронхографія, торакоскопія) 6.Комп'ютерна томографія	Звернути увагу на вибір контрастної речовини при бронхографії
Провести курацію хворого	1.Скласти схему консервативної терапії 2. Показання до хірургічного втручання 3.Провести підготовку в передопераційному періоді 4.Визначити вид наркозу, ступені анестезіологічного та операційного ризику 5.Провести оперативне втручання – дренування грудної порожнини при пневмотораксі та гемотораксі. 6.Опрацювати схему лікування хворого в післяопераційному періоді	Звернути увагу на попередження ускладнень, зокрема, в післяопераційному періоді, налагодження пасивного дренажу по Бюлау

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали - додаються.

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Лікування хворих з післятравматичним пневмотораксом
2. Тактика при лікуванні хворих з переломом ребер

ТЕМА: ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Гнійні захворювання легень та плеври складають велику групу патологічних процесів, які розвиваються в грудній клітці. Вони різноманітні за причинами виникнення, морфологічними змінами, клінічними проявами. Гнійний плеврит є ускладненням запальних процесів легень, а також поранень. Патологія легень та плеври зустрічається досить часто, а результати лікування іноді залишаються незадовільними, що робить дану проблему актуальною.

2. Навчальні цілі заняття:

Студенти повинні знати:

сучасні погляди на етіологію та патогенез гнійних захворювань легень та плеври. Класифікацію. Клінічні та інструментальні методи обстеження хворих. Диференціальну діагностику. Показання. Показання та методи оперативних втручань. Післяопераційне ведення хворих. Можливі післяопераційні ускладнення. Експертизу працездатності хворих.

Студенти повинні вміти:

Навички, техніку виконання: пальпації, перкусії, аускультатії, визначення голосового тремтіння, полів Кренінга, Оволодіти вміннями або вміти проводити плевральну пункцію, дренажування грудної порожнини. Розвивати творчі здібності.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія		-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у легенях та грудній клітці.	-//-
Біохімія	Патологію процесів обміну у легенях та плеврі.	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів вентиляції легень.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну в легенях та плеврі.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань легень та плеври.	Проводити посиндромну діагностику захворювань. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на грудній клітці.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах захворювань легень та плеври. Визначити показання для способу операції

3.2. Зміст теми занять. (Текст додається)

3.3. Рекомендована література.

1. –Хирургические болезни” под редакцией М. И. Кузина. М.: –Медицина”. – 1987.
2. –Факультетська хірургія” під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.
3. –Клінічна хірургія” під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.
4. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.
5. **Електронна книга. Хірургія грудної порожнини. – Тернопіль, 1999.**
6. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія: в 2 томах. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
7. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. та ін. Шпитальна хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
8. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 1986.
9. Литтман И. Оперативная хирургия. – Будапешт, 1982.
10. Колесников И.С. и др. Гангрена легких и пиопневмоторакс. – М.: Медицина, 1983.
11. Стручков В.И. Гнойные заболевания легких и плевры. – М.: Медицина, 1967.
12. Чухриенко Д.Н., Чухриенко И.Д. Ателектаз легких. – М.: Медицина, 1975.
13. Путов Н.В., Левашов Ю.М. Пневмоторакс. – Кишинев, 1988.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні причини розвитку гнійних захворювань легень та плеври.	
Клініку	Визначити клінічні прояви гострого та хронічного абсцесу легень, гострої та хронічної емпієми плеври. Знати клінічну картину можливих ускладнень при гострих захворюваннях легень та плеври.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з гострими захворюваннями легень та плеври.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики гострих захворювань легень та плеври.	
Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування гострих захворювань легень та плеври. Способи плевральної пункції та методи дренирування плевральної порожнини. Показання та протипоказання для проведення хірургічного лікування.	
Профілактику	Методи профілактики розвитку типових ускладнень.	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. **Причини виникнення гострого абсцесу легень.**
2. Клінічні форми гангрен легень.
3. Клінічні симптоми гострого абсцесу легень в стадії –до розкриття”.
4. Клінічні симптоми гострого абсцесу легень в стадії –після розкриття”.
5. Клініка хронічного абсцесу легень.
6. Додаткові методи обстеження хворих з гнійними захворюваннями легень.
7. Диференціальна діагностика хронічного абсцесу легень та раку з розпадом.
8. Диференціальна діагностика повітряної кісти та хронічного абсцесу легень.
9. Методи санації трахеобронхіального дерева.
10. Лікування гангренозного абсцесу легень.
11. Лікування гострого абсцесу легень. Показання до оперативного лікування.
12. Тактика лікування ускладненого гострого абсцесу легень.

13. Гостра емпієма плеври. Етіологія, патогенез, клініка.
14. Клінічні прояви обмеженої емпієми плеври, рентгенологічна картина.
15. Клініка обмеженого піопневмотораксу. Рентгенологічні ознаки.
16. Тотальний піопневмоторакс. Етіологія, клінічний перебіг.
17. Додаткові методи обстеження при хронічних гнійних абсцесах плеври.
18. Диференціальна діагностика емпієми плеври та піопневмотораксу.
19. Клініка хронічної емпієми.
20. Додаткові методи обстеження при піопневмотораксі.
21. Тактика лікування хворих з піопневмотораксом.
22. Показання до пункції плевральної порожнини.
23. Техніка виконання пункції плевральної порожнини.
24. Показання до дренирування плевральної порожнини.
25. Техніка дренирування плевральної порожнини.
26. Особливості консервативного лікування піопневмотораксу.

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

1. Найбільш часта причина розвитку гострого одиничного абсцесу легені:
 - а) пневмонія, що не розрішилася;
 - б) бронхіогенна інфекція;
 - в) гематогенна інфекція (метастазування із інших органів);
 - г) нагноєння кісти легень;
 - д) ателектази.
2. Лікувальна тактика при гострому абсцесі легені:
 - а) застосування антибіотиків;
 - б) поступальне положення хворого;
 - в) загальнозміцнююче лікування;
 - г) паліативна операція типу пневмотомії;
 - д) резекція легені.
3. Особливості протікання запальних процесів в плеврі, зумовлених її високою всмоктувальною здатністю:
 - а) прискорення ліквідації запального вогнища;
 - б) очищення поверхні від інфекції;
 - в) виражена інтоксикація;
 - г) розвиток процесів ригідності;
 - д) сприяння відмежуванню запалення.
4. Особливості протікання гнійних процесів в легенях, зумовлених анатомічними особливостями області:
 - а) порушення функції зовнішнього дихання;
 - б) схильність до переходу в хронічну стадію;
 - в) генералізація інфекції та розповсюдження процесу;
 - г) інтоксикація;
 - д) розвиток процесів ригідності.
5. Лікування хронічних множинних абсцесів легені:
 - а) повторні курси антибактеріальної терапії;
 - б) препарати, понижуючі легеневу гіпертензію;
 - в) пневмонектомія;
 - г) пневмомотомія;
 - д) лобектомія.
6. Найбільш ефективне оперативне втручання при хронічній емпіємі плеври:
 - а) пневмонектомія;
 - б) лобектомія;
 - в) декортикація легені;

- г) пломбування остаточної порожнини вазеліновим маслом чи синтетичним матеріалом;
 - д) торакопластика.
7. У більшості випадків причинами емпієми плеври є:
- а) ускладнення ушкоджень грудної клітки;
 - б) первинні гнійні захворювання плеври;
 - в) запальні і гнійні захворювання плеври;
 - г) оперативні втручання на органах грудної клітки.
8. При гострій емпіємі плеври з бронхоплевральними сполученнями на початковій стадії лікування її по закритій методиці перевагу слід надавати наступному методу санації плевральної порожнини:
- а) пункційному;
 - б) дренажування плевральної порожнини;
 - в) полідренування з активною аспірацією;
 - г) полідренування з пасивною аспірацією;
 - д) дренажування двома дренажами з лава жом плевральної порожнини.
9. В якому випадку декортикація легенів не сполучається з його частковою резекцією:
- а) при карніфікації;
 - б) при бронхоектазіях;
 - в) при абсцесі;
 - г) при ізольованій бронхоплевральній норіці;
 - д) при множинних бронхіальних норіцях.
10. Емпієма плеври частіше розвивається при:
- а) пневмонії;
 - б) абсцесі та гангрені легенів;
 - в) ушкодженнях грудної клітки;
 - г) поза легеневих захворюваннях.

2 рівень.

Задачі:

1. Хворий А., 37 років, поступив зі скаргами на кашель з виділенням гнійного харкотиння до 150 мл на добу, болі в правій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 38 градусів С. Хворіє на протязі двох тижнів. За день до поступлення до клініки на висоті кашлевого приступу відійшло до 300 мл гнійного харкотиння з неприємним запахом. Який у хворого діагноз?

- а) гострий абсцес легені;
- б) гострий бронхіт;
- в) загострення хронічного абсцесу;
- г) загострення бронхоектатичної хвороби;
- д) емпієма плеври.

2. Хворий А., 42 роки, переведений до клініки із терапевтичного відділення, де на протязі двох місяців лікувався з приводу гострого абсцесу легені. Проводилось лікування: внутрішньомязове введення антибіотиків, сульфаніламідні препарати. Покращення незначне. Залишається кашель з виділенням гнійного харкотиння 80-100 мл на добу. Який у хворого діагноз ?

- а) туберкульозна каверна;
- б) порожниста форма раку легені;
- в) нагноєний полікістоз;
- г) хронічний абсцес легені;
- д) гострий абсцес легені.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1 Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методом збору анамнезу при курації хворих з гострими гнійними захворюваннями легень та плеври;
- мати навички в діагностуванні гнійних захворювань легень і плеври та їх ускладнень;
- провести диференціальну діагностику гострих гнійних захворювань легень та плеври;
- скласти план лікування хворих з гострими гнійними захворюваннями легень та плеври.

4.2. Професійні алгоритми

Завдання	Вказівки	Примітка
<i>Вивчити:</i>		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори гострих гнійних захворювань легень та плеври.	
Клініку	Скласти класифікацію клінічних проявів гострих гнійних захворювань легень та плеври.	
Діагностику	Дати перелік основних методів діагностики гострих гнійних захворювань легень та плеври.	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гострих гнійних захворювань легень та плеври.	
<i>Оволодіти:</i>		
Методикою обстеження хворих з гнійними захворюваннями легень та плеври.	1. Зібрати анамнез; 2. Провести об'єктивне обстеження хворого; 3. Лабораторне обстеження хворого; 4. Додаткові інструментальні обстеження хворого; 5. Рентгенологічні обстеження.	
Провести курацію хворого	1. Скласти схему лікування хворих з гнійними захворюваннями легень та плеври; 2. Сема консервативної терапії; 3. Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування; 4. Визначити метод знеболення, ступень операційного ризику; 5. Визначити об'єм оперативного лікування; 6. Визначити показання та протипоказання для дренивання плевральної порожнини; 7. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді; 8. Визначитись із профілактикою гнійних захворювань легень та плеври.	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Мініінвазивні методи лікування гнійних захворювань легень та плеври.
2. Сучасні комп'ютерні технології в діагностиці гнійних захворювань легень та плеври.
3. Профілактика гнійних захворювань легень та плеври.

ТЕМА: ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми: Серцево-судинні захворювання на теперішній час займають перше місце серед хронічних захворювань. Незважаючи на сучасні досягнення в проблемі лікування цих станів, залишається високою смертність та інвалідизація хворих. Ішемічна хвороба серця (ІХС) - група захворювань, які зумовлені невідповідністю між потребою міокарда в кисні та його доставкою. В 95-98% випадків причина цього - атеросклероз коронарних артерій.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову серцево-судинної системи; фізіологічні особливості кровообігу; методику фізикального обстеження серця: перкусію, аускультацию; інструментальні методи обстеження; тактику та способи лікування, можливі ускладнення.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями, скласти програму лікування.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову серця та магістральний судин. Кола кровообігу.	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у серці та коронарних судинах.	-//-
Біохімія	Патологію процесів обміну речовин, які впливають на стан серцево-судинної системи.	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів ліпідного обміну.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну холестерину та їх вплив на розвиток захворювання.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань серця і коронарних судин.	Проводити посиндромну діагностику захворювань серця і коронарних судин. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних форм захворювань. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на серці та коронарних судинах.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах. Визначити показання для способу операції. Передбачити можливі ускладнення.

3.2. Зміст теми: (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. –Клінічна хірургія” під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.
2. –Факультетська хірургія” під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.

3. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина».- 2006.- 654 с.
4. «Хірургічні хвороби». За редакцією П.Г.Кондратенко // Х. «Факт».- 2006.- 816 с.
5. –Хирургические болезни” под редакцией М. И. Кузина. М.: –Медицина”. – 1987.

Додаткова (наукова):

1. Амосова Е.Н. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению стабильной стенокардии: что нового? // Терапія. – 2006. – № 11. – С. 5-12.
2. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. Новые клинические перспективы использования спиронолактона при хронической сердечной недостаточности // Росс. кардиол. журн. – 2000. – № 1. – С. 73-77.
3. Кобалова Ж.Д., Котовиц Ю.В. Антигипертензивная терапия и ишемическая болезнь сердца: клиническое и практическое значение исследования CAMELOT // Серце. – 2005. – № 5. – С. 287-293.
4. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори ішемічної хвороби серця.	
Клініку	Запам'ятати основні клінічні прояви стенокардії, інфаркту міокарда, порушень ритму серця.	
Діагностику	Дати перелік основних лабораторних та інструментальних методів діагностики ішемічної хвороби серця.	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики ішемічної хвороби серця з іншими захворюваннями.	
Лікування	Скласти типову схему консервативного лікування стенокардії, інфаркту міокарда, порушень ритму серця. Визначити показання та спосіб оперативного лікування ішемічної хвороби серця.	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Класифікація ІХС?
2. Патогенез ІХС?
3. Основні причини зупинки серця?
4. Реанімаційні заходи при зупинці серця?
5. Класифікація стенокардії?
6. Клінічна картина при стенокардії?
7. Консервативне лікування стенокардії?
8. Лікування гострого інфаркту міокарді?
9. Класифікація аритмій?
10. Спеціальні інструментальні методи дослідження коронарних артерій?
11. Показання до оперативного лікування ІХС?
12. Особливості операції аорто коронарного шунтування?
13. Особливості застосування штучного водія ритму?

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

1. Який метод дослідження найбільш інформативний для оцінки стану коронарних артерій?
 - а) селективна коронарографія;
 - б) аортографія;

- в) ЕКГ;
 - г) комп'ютерна томографія;
 - д) оглядова рентгенографія органів грудної порожнини.
2. Який матеріал найчастіше використовується при аорто-коронарному шунтуванні?
- а) велика підшкірна вена стегна;
 - б) стегнова артерія;
 - в) мала підшкірна вена стегна;
 - г) вена плеча;
 - д) штучний синтетичний протез.
3. Через яку вену здійснюється введення електроду при встановленні штучного водія ритму?
- а) підключична;
 - б) кубітальна;
 - в) велика підшкірна вена стегна;
 - г) поверхневі вени грудної стінки;
 - д) вена плеча.
4. Яку невідкладну маніпуляцію слід виконати при тампонаді серця?
- а) перикардіоцентез;
 - б) непрямий масаж серця;
 - в) дефібриляція;
 - г) штучна вентиляція легень;
 - д) торакотомія.
5. Який хірургічний доступ використовують при виконанні операції аорто-коронарного шунтування?
- а) продольна стернотомія;
 - б) поперечна стернотомія;
 - в) передня торакотомія;
 - г) задня торакотомія;
 - д) бокова торакотомія.

2 рівень.

1. Визначте невідкладні заходи при зупинці серця:
- а) знеболюючі препарати;
 - б) непрямий масаж серця;
 - в) спазмолітики;
 - г) дефібриляція;
 - д) штучна вентиляція легень.
2. Які зміни на ЕКГ свідчать про наявність інфаркту міокарда?
- а) зміни комплексу QRS;
 - б) шлуночкова екстрасистолія;
 - в) підйом сегменту S-T;
 - г) синусова тахікардія;
 - д) депресія сегменту S-T.
3. Які періоди визначають в перебігу гострого інфаркту міокарда?:
- а) продромальний;
 - б) гострий;
 - в) підгострий;
 - г) хронічний;
 - д) віддалений.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хвора М., 59 років поступила в лікарню зі скаргами на постійний біль у верхній половині живота, нудоту, однократну блювоту, рідкі випорожнення. Захворіла гостро, після фізичного навантаження. Має надмірну масу тіла. При обстеженні: живіт м'який, при пальпації помірно болючий в епігастрії. Пульс 120 за 1 хв., аритмічний. Симптоми подразнення очеревини не-

гати́вні. Лабораторно: л.- $10,0 \times 10^9$ /л, ер.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ-10 мм за год. На ЕКГ – депресія сегменту S-T. Який ймовірний діагноз?

- інфаркт міокарду, гастралгічна форма;
- перфоративна виразка дванадцятипалої кишки;
- гострий панкреатит;
- гострий холецистит;
- кишкова непрохідність.

2. Хворий к., 67 років поступив у лікарню зі скаргами на відчуття печії, стиснення за грудиною, біль, який віддає у ліву руку. Такі напади з'являються при емоційному збудженні, при фізичному навантаженні, при проходженні відстані 100-200 метрів. Скарги зникають після відпочинку та після прийому валідолу. Який ймовірний діагноз?

- стенокардія напруження, функціональний клас - III;
- стенокардія напруження, функціональний клас - II;
- стенокардія напруження, функціональний клас - IV;
- гострий інфаркт міокарду;
- бронхіальна астма.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого;
- провести курацію хворого з ішемічною хворобою серця;
- провести диференційну діагностику різних форм інфаркту міокарда;
- скласти план лікування хворого на стенокардію та з порушеннями ритму серця;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	<ol style="list-style-type: none"> Зібрати анамнез Провести об'єктивне обстеження хворого. Призначити лабораторні обстеження. Призначити додаткові інструментальні обстеження. 	
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> Скласти схему консервативної терапії. Сформулювати показання до операції. Скласти план передопераційної підготовки. Визначити метод знеболювання. Вибрати оперативний доступ. Визначити вид та об'єм оперативного втручання. Визначити основні заходи післяопераційного періоду. 	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми. Відомості з Інтернету.

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

- Сучасні підходи щодо лікування ішемічної хвороби серця.
- Профілактика ішемічної хвороби серця.
- Здоровий образ життя.
- Сучасні малоінвазивні методи діагностики та лікування ішемічної хвороби серця.

ТЕМА: НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Хірургічні захворювання серця являють актуальну проблему в хірургії у зв'язку зі збільшенням їх процентного складу в загальній структурі хірургічних захворювань.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову та фізіологію серцево-судинної системи; методику обстеження, показання та методи хірургічної корекції набутих вад серця.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову серцево-судинної системи	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у серці.	-//-
Біохімія	Патологію процесів обміну	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів кровообігу.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань набутих вад серця.	Проводити посиндромну діагностику захворювань . Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на серці.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах . Визначити показання для способу операції

3.2. **Зміст теми:** (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

- 1) Алексеев П.П. Методы диагностики заболеваний сосудов конечностей, Л., Медицина, 1971, 190 с.
- 2) Зербино Д.Д., Лукасевич Л.Л. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови: факты и концепции, М., Медицина, 1989, 256 с.
- 3) Покровский А.В. Клиническая ангиология, М., Медицина, 1979, С.3-266.

- 4) Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен, М., Медицина, 1972, 440 с.

Додаткова:

- 5) Трегубенко А.И. Тромбозы и эмболии в хирургии, К., —Здоров'я", 1972, 151 с.
 6) Алексеев П.П. Методы диагностики заболеваний сосудов конечностей, Л., Медицина, 1971, 190 с.
 7) Кулешов Е.В. Хирургические заболевания и сахарный диабет, К., Здоровье, 1990,

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори мітральної недостатності	
Клініку	Скласти класифікацію клінічних проявів	
Діагностику	Дати перелік основних методів діагностики набутих вад серця	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики	
Лікування	Скласти типову схему лікування	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

- Хірургічна анатомія серця.
- Клініко-морфологічна класифікація набутих вад серця
- Особливості збору анамнезу та об'єктивного обстеження при набутих вадах серця.
- Доопераційні спеціальні методи обстеження при набутих вадах серця.
- Принципи консервативного лікування при набутих вадах серця.
- Показання до операції при набутих вадах серця.
- Особливості хірургічної тактики при набутих вадах серця.
- Ускладнення при захворюваннях серця.
- План ведення післяопераційного періоду при набутих вадах серця.

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

- Зменшення порожнини лівого шлуночка спостерігається при:
 - Незарощенні міжшлуночкової перетинки;
 - Гіпертрофічній кардіоміопатії;
 - Аортальній недостатності;
 - Дилатаційній кардіоміопатії;
 - Мітральній недостатності.
- Які з наведених даних свідчать про недостатність мітрального клапана?:
 - Ослаблення I тону, систолічний шум над верхівкою, підсилення II тону у II міжребер'ї зліва від груднини;
 - Підсилення I тону, діастолічний шум над верхівкою, посилення II тону у II міжребер'ї зліва від груднини;
 - Поява на ЕКГ в II, III, AVF-відведеннях високого зубця Р;
 - Відхилення електричної осі серця вправо, зменшення інтервалу Р - Q;
 - Виявлення блокади правої ніжки пучка Гіса на ЕКГ.
- При якій ваді серця вислуховується органічний систолічний шум?:
 - Стенозі мітрального отвору;
 - Стенозі гирла аорти;
 - Недостатності клапана аорти;
 - Відносній недостатності тристулкового клапана;
 - Мітральній недостатності.

2 рівень.

1. Недостатність аортального клапана може бути внаслідок::
 - а) Ревматизму;
 - б) Інфекційного ендокардиту;
 - в) Злоякісної артеріальної гіпертензії;
 - г) Атеросклерозу аорти;
 - д) Сифілітичного аортиту.
2. Розширення правого шлуночка серця буває при::
 - а) Гіпертонічній хворобі;
 - б) Стенозі гирла легеневої стовбура;
 - в) Стенозі гирла аорти;
 - г) Стенозі мітрального отвору;
 - д) Стенокардії напруги.
3. Які з наведених тверджень є вірними для відкритої артеріальної протоки?:
 - а) При цій ваді спостерігається гіпертрофія лівого шлуночка, а при високій легеневій гіпертензії - гіпертрофія обох шлуночків;
 - б) Скидання крові через протік стає венозно-артеріальним внаслідок розвитку гіпертрофії правого шлуночка;
 - в) Вислуховується систоло-діастолічний шум у II міжребер'ї справа і зліва від груднини, акцент II тону в II міжребер'ї зліва від груднини;
 - г) При розвитку вираженої легеневої гіпертензії та венозно-артеріального скидання діастолічний шум зникає, зменшується систолічний шум, посилюється акцент II тону в II міжребер'ї зліва від груднини;
 - д) При відкритому артеріальному протоці без вираженої легеневої гіпертензії рентгенологічно визначається збільшення лівих шлуночка і передсердя, вибухання стовбура легеневої артерії).

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хвора 82 років, поступила у відділення кардіологічної реанімації із скаргами на гострий біль за грудиною, відчуття браку повітря, слабкість. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини легеневої малюнок посилений за рахунок венозного застою. поперечний розмір тіні серця збільшений, форма тіні трикутна із закругленими кардіодіафрагмальними кутами. Скорочення серця малої амплітуди, аритмічні. Який у хворої діагноз?

- а) Аортальний стеноз;
- б) Ексудативний перикардит;
- в) Тріада Фалло;
- г) Дилатаційна кардіоміопатія;
- д) Міокардит.

2. У хворого, який довгостроково страждає туберкульозом легень з'явилась набряклість обличчя і шиї, набряки нижніх кінцівок, збільшення печінки, асцит. При аускультатії тони серця глухі. На ЕКГ – зниження вольтажу, на ЕХО-кардіоскопії – камери серця не збільшені, на оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки в області тіні серця визначаються кальцифікати. Який механізм розвитку застою у великому колі кровообігу?

- а) Порушення діастолічного наповнення правого шлуночка;
- б) Недостатність тристулкового клапана;
- в) Зниження скорочувальної здатності правого шлуночка;
- г) Здавлення порожнистих вен збільшеними лімфовузлами;
- д) Стеноз правого атріовентрикулярного отвору.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1.Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого із набутими вадами серця ;
- провести курацію хворого із захворюваннями серця ;

- провести диференційну діагностику захворювань серця;
- скласти план лікування захворювань набутих вад серця;
- хірургічне лікування набутих вад серця.

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження. 5. Провести додаткові інструментальні обстеження. 	
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скласти схему консервативної терапії. 2. Сформулювати покази до операції. 3. Скласти план передопераційної підготовки. 4. Визначити метод знеболювання. 5. Вибрати оперативний доступ. 6. Визначити вид та об'єм оперативного прийому. 7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду. 	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми додаються

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні підходи щодо лікування набутих вад серця.
2. Профілактика захворювань набутих вад серця.

**ТЕМА: ІНФАРКТ МІОКАРДА. АНЕВРИЗМА СЕРЦЯ. ПОРУШЕННЯ ПРОВІДНОСТІ.
ДІАГНОСТИКА, ПОКАЗИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.
МЕТОДИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ**

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Хвороби системи кровообігу є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності населення України і складають до 30%. Провідне місце вони займають і в структурі первинної інвалідності – 27% та загальної смертності населення – 63%.

Провідну роль відіграють: гіпертонічна хвороба – 46,2%, ІХС - 33,8%, цереброваскулярні хвороби – 12,7%. Ці хворі становлять 92,8% всієї патології даного класу хвороб. Впродовж останніх 10 років поширеність хвороб системи кровообігу в Україні серед дорослого населення зросла в 1,8 разів, захворюваність – на 55,3%.

Смертність від хвороб системи кровообігу зросла в Україні від 862,8 до 1034,4 на 100 тис. населення та посідає одне з перших місць в Європі як серед всього населення, так і серед населення працездатного віку. Половина усіх випадків смерті припадає на перші дві години після початку розвитку гострого коронарного синдрому.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову та основні фізіологічні процеси, що відбуваються в серці та коронарних судинах; методику обстеження хворого по органах і системах.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, що відбуваються у серці та коронарних судинах при їх захворюваннях; проводити аналіз даних додаткових методів дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями серця та коронарних судин та з іншими захворюваннями, що мають подібні симптоми та синдроми.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову серця	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у серці та коронарних судинах	-//-
Біохімія	Особливості процесів обміну електролітів (K, Na, Mg, Ca)	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів обміну електролітів (K, Na, Mg, Ca), біохімічних маркерів пошкодження міокарда.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну електролітів, інтерпретувати дані додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань серця та коронарних судин.	Проводити посиндромну діагностику захворювань серця та коронарних судин. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на серці та коронарних судинах.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах захворювань серця і коронарних судин. Визначити показання для способу операції

3.2. Зміст заняття: (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

1. Амосова Е.Н. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению стабильной стенокардии: что нового? // Терапія. – 2006. – № 11. – С. 5-12.
2. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. Новые клинические перспективы использования спиронолактона при хронической сердечной недостаточности // Росс. кардиол. журн. – 2000. – № 1. – С. 73-77.
3. Кобалова Ж.Д., Котовиц Ю.В. Антигипертензивная терапия и ишемическая болезнь сердца: клиническое и практическое значение исследования CAMELOT // Серце. – 2005. – № 5. – С. 287-293.
4. Мареев В.Ю., Скворцов А.А., Челмакина С.М. и др. Способны ли ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента эффективно контролировать активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при длительном лечении хронической сердечной недостаточности? // Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 27-34.
5. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Савицкий С.Ю. и др. Особенности течения ишемической болезни сердца после проведения операции аортокоронарного шунтирования у больных, перенесших инфаркт миокарда (данные двухлетнего наблюдения) // Укр. кардіол. журн. – 2003. – № 5. – С. 18-22.
6. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Габрієля А.В., Голуб Н.С. Вживання хворих з постінфарктним кардіосклерозом після операції АКШ та стан систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка протягом трирічного спостереження // Щорічник наук. праць Асоц. серц.-судин. хірургів України. – Вип. 12. – 2004. – С. 364-367.
7. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Савицький С.Ю., Кісілевич Л.Ф. Вживання і стан деяких нейрогуморальних чинників у хворих, які перенесли інфаркт міокарда і операцію АКШ // Щорічник наук. праць Асоц. серц.-судин. хірургів України. – Вип. 13. – 2005. – С. 98-101.
8. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Строганова Н.П., Голубь Н.С. Оптимизация оценки систолической функции миокарда с использованием пропорции «золотого сечения» у больных с постинфарктным кардиосклерозом после операции аортокоронарного шунтирования // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 5. – С. 43-46.
9. Тепляков А.Г., Горгалеева А.А., Степачева Т.А. и др. Эволюция коронарной недостаточности после аортокоронарного шунтирования у больных, перенесших инфаркт миокарда: результаты 5-летнего проспективного наблюдения // Кардиология. – 2001. – № 4. – С. 34-38.
10. Чазова И.Е., Дмитриев В.В., Толпыгина С.Н., Ротова Л.Г. Структурно-функциональное изменение миокарда при артериальной гипертензии и их прогностическое значение // Терапевт. арх. – 2002. – № 9. – С. 50-56.

3.4. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Хірургічна анатомія серця?
2. Клініко-морфологічна класифікація захворювань серця?
3. Особливості збору анамнезу і об'єктивного обстеження при захворюваннях серця?
4. Спеціальні методи обстеження серця?
5. Принципи консервативного лікування при захворюваннях серця?
6. Показання до операції при захворюваннях серця?
7. Особливості хірургічної тактики при захворюваннях серця?
8. План ведення післяопераційного періоду захворюваннях серця?

Б. Тести для самоконтролю:

1. До гострих коронарних синдромів відносять:
 - А) ішемічну кардіоміопатію;
 - В) гіпертензивну кардіоміопатію;
 - С) *Не-Q-інфаркт* міокарда;
 - Д) коронарний синдром Х;
 - Е) стабільну стенокардію напруження, II функціональний клас?

2. Провідним механізмом розвитку гострих коронарних синдромів є:
 - A) інтерстиціальний фіброз міокарда;
 - B) дифузний кардіосклероз;
 - C) *тромбоз коронарної артерії;*
 - D) стабільна атеросклеротична бляшка;
 - E) коронарний синдром X?
3. До гострих коронарних синдромів не відносять:
 - A) прогресуючу стенокардію;
 - B) Не-Q-інфаркт міокарда;
 - C) Q-інфаркт міокарда;
 - D) *стабільну стенокардію напруження, III функціональний клас;*
 - E) раптову коронарну смерть?
4. Найбільш специфічним біохімічним серцевим маркером пошкодження міокарда є:
 - A) гіпер-АлАТемія;
 - B) ВВ-КфКемія;
 - C) гемоглобінурія;
 - D) *підвищення рівнів серцевих тропонінів у крові;*
 - E) підвищення рівня лужної фосфатази в крові?
5. Уперше клінічний діагноз коронаротромбозу (інфаркту міокарда) встановили:
 - A) е.І. Чазов та О.Л. Мясников;
 - B) М.М. Анічков та С.С. Халатов;
 - C) *В.П. Образцов та М.Д. Стражеско;*
 - D) О.Л. Мясников та Г.Ф. Ланг;
 - E) Ф.Г. Яновський та В.М. Іванов?
6. Неадекватна реперфузія міокарда при «відкритій» шляхом системного тромболізу коронарній артерії (феномен «no-reflow») пояснюється:
 - A) ретромбозом інфарктзалежної коронарної артерії;
 - B) недостатньою дозою тромболітичного засобу;
 - C) передозуванням тромболітичного засобу;
 - D) *пошкодженням мікроциркуляторного русла;*
 - E) stunning syndrome?
7. Стрептокіназа — це:
 - A) рекомбінантний тканинний активатор плазміногену;
 - B) дволанцюжковий активатор плазміногену урокіназного типу;
 - C) *каталітичний продукт р-гемолітичного стрептокока групи С;*
 - D) одностанцюжковий активатор плазміногену;
 - E) активатор плазміногену кажанів-вампірів?
8. Найбільш чутлива і специфічна рання електрокардіографічна ознака інфаркту міокарда:
 - A) інверсія зубця Т;
 - B) депресія сегмента ST у грудних відведеннях;
 - C) зубець Q > 25 % R у відведеннях I, aVL, V5;
 - D) *елевація сегмента ST у двох (і більше) сусідніх грудних відведеннях;*
 - E) гострий, позитивний, високої амплітуди зубець Т у грудних відведеннях?
9. Синдром слабкості синусового вузла клінічно проявляється такими ознаками:
 - A) запамороченнями;
 - B) прогресуванням серцевої недостатності;
 - C) стенокардією;
 - D) синоатріальною блокадою;
 - E) *усіма вищеперерахованими ознаками*
10. При повній блокаді правої ніжки пучка Гіса час внутрішнього відхилення у відведеннях Vt — V2 становить:
 - A) менше ніж 0,04 с;

- В) 0,04 с;
- С) більше ніж 0,04 с;
- Д) 0,06 с;
- Е) більше ніж 0,06 с

В. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого М., 69 років, який поступив до кардіологічного відділення з діагнозом: «ІХС. Гострий QS-інфаркт міокарда з локалізацією в ділянці передньоперегородково-бічної стінки лівого шлуночка», у процесі динамічного спостереження визначено ослаблення I тону над верхівкою, акцент II тону над легеневою артерією, протодіастолічний ритм галопу в четвертому-п'ятому міжребрових проміжках зліва. У цьому місці вислуховувався різкий високого тембру шум писку. Від початку захворювання минуло 26 днів. На ЕКГ: у відведеннях V₁ — V₆ комплекси QS у поєднанні з елевацією сегмента ST (такою самою, як і під час поступання в стаціонар). Про яке ускладнення інфаркту міокарда йдеться:

- А) синдром Дресслера;
- В) тромбоемболія;
- С) pericarditis epistemonocardica;
- Д) гостра аневризма лівого шлуночка;
- Е) недостатність мітрального клапана з трансмітральною регургітацією?

2. У хворого О., 60 років, який поступив до кардіологічного відділення лікарні з діагнозом: ІХС. Гострий Q-інфаркт міокарда нижньої стінки лівого шлуночка», на 4-й день захворювання раптово під час вставання з ліжка з'явилася важка дихальна недостатність, у нижніх відділах легенів вислуховувалися вологі дрібнопухирчасті хрипи, спостерігалася артеріальна гіпотензія, над верхівкою серця — грубий пансistolічний шум. ЕхоКГ: тремтіння задньої стулки мітрального клапана, її систолічне пролабування в порожнину лівого передсердя.

Найбільш імовірний діагноз:

- А) гостра аневризма лівого шлуночка;
- В) зовнішній розрив міокарда;
- С) інфаркт правого шлуночка;
- Д) розрив сосочкового м'яза;
- Е) тромбоемболія?

3. У хворого В., 63 років, на 5-й день від початку гострого Q-інфаркту міокарда передньоверхівкової ділянки лівого шлуночка знову з'явилися напади стенокардії з інтенсивнішим болем, ніж під час госпіталізації. На ЕКГ: сегмент ST знову піднявся високо над ізолінією у відведеннях V₄ — V₆, а також у відведеннях V₆ — V₇ (під час поступання цього не було). Про яке ускладнення слід думати в даному випадку:

- А) синдром експансії інфаркту міокарда;
- В) повторний інфаркт міокарда;
- С) рецидив інфаркту міокарда;
- Д) інфаркт правого шлуночка;
- Е) розрив міжшлуночкової перегородки?

4. У хворого М., 63 років, на основі клінікоелектрокардіографічного обстеження встановлено діагноз: 4ІХС. Стенокардія напруження, III функціональний клас. Кардіосклероз (дифузний). Шлуночкова екстрасистолія. Серцева недостатність I стадії, систолічний варіант, II функціональний клас (за критеріями NYHA)». ЕхоКГ: гіпокінезія передньоперегородкової ділянки лівого шлуночка, внаслідок чого виникла підозра на перенесений інфаркт міокарда. Який із перерахованих нижче методів слід використати для діагностики феномена гібернації міокарда:

- А) рентгеноконтрастну коронарографію;
- В) реокардіографію;
- С) дипіридамовий тест;
- Д) добутамін-ЕхоКГ-стрес-тест;
- Е) комп'ютерну рентгенотомографію?

5. Хворий А., 58 років, поступив до терапевтичного відділення з діагнозом: «Лівобічна позалікарняна вогнищева пневмонія, парапневмонічний сухий фібринозний перикардит». В анамнезі 6 міс тому — гострий Q-інфаркт міокарда з локалізацією у передньоперегородково-верхівковій ділянці лівого шлуночка. Рентгенологічне дослідження: у нижній частці лівої легені визначається інфільтрація легеневої тканини, випіт у плевральну порожнину. Аускультация серця: шум тертя перикарда. ЕКГ і ЕхоКГ: ознаки рубцевих змін на передній стінці лівого шлуночка.

Найбільш імовірний діагноз:

- А) полісерозит;
- В) системний червоний вовчак;
- С) первинний ревмокардит;
- Д) *постінфарктний синдром*;
- Е) епістенокардитичний перикардит?

6. Хворого Б., 60 років, направлено до гастроентерологічного відділення з діагнозом хронічного гастриту із секреторною недостатністю. Хворий скаржиться на щоденний біль у верхній ділянці живота тривалістю 30-40 хв. Захворювання почалося 1 тиж тому з гострого болю в животі й втрати свідомості. Згодом напади стали менш інтенсивними, у зв'язку з чим хворому провели фіброгастроскопію. Під час огляду: ознаки емфіземи легенів, ЧСС — 100 за 1 хв, тони серця ослаблені. Аускультация серця: 5 — 6 екстрасистол за 1 хв. АТ — 100/70 мм рт. ст. Органи черевної порожнини без особливостей. ЕКГ: елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF. Ендоскопічне дослідження: слизова оболонка шлунка не змінена.

Найбільш імовірний діагноз:

- А) розшаровуюча аневризма аорти;
- В) прогресуюча стенокардія;
- С) спонтанний пневмоторакс;
- Д) пенетрація виразки;
- Е) *інфаркт міокарда нижньої стінки лівого шлуночка*

7. У хворого Р., 55 років, 2,5 год тому раптово виник інтенсивний пекучий біль за грудниною. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС — 100 за 1 хв, у відведеннях V3—V5 підняття сегмента ST на 8 мм над ізолінією. В анамнезі: упродовж 5 років страждає на стенокардію напруження. Об'єктивно: ЧСС — 60 за 1 хв, тони серця ослаблені, АТ — 140/90 мм рт. ст.

Який із зазначених лікувальних заходів є першочерговим:

- А) інфузія допаміну;
- В) *тромболітична терапія*;
- С) інгаляція кисню;
- Д) електрокардіостимуляція;
- Е) інфузія поляризуючої суміші?

8. У хворого І., 58 років, з діагнозом *це-Q-інфаркту* міокарда під час безперервної інфузії гепарину в дозі 24 000 Од на добу частково активований тромбопластинний час збільшився із 48 с до 336 с (норма 48 с). Якою повинна бути тактика лікаря:

- А) збільшити дозу на 400 Од на добу;
- В) *призупинити інфузію*;
- С) зменшити дозу на 100 Од за 1 год;
- Д) перейти на внутрішньовенне введення гірудину;
- Е) продовжити інфузію?

9. Хворому С, 65 років, з діагнозом «ІХС. Q-інфаркт міокарда передньоперегородково-верхівкової ділянки лівого шлуночка. Кардіосклероз (дифузний). Пароксизм фібриляції передсердь, серцева недостатність I стадії, систолічний варіант, II функціональний клас. Хронічний пієлонефрит у стадії загострення. Хронічна ниркова недостатність I ступеня» необхідно призначити /3-адреноблокатор. Укажіть найбільш оптимальний /3-адреноблокатор у даній ситуації:

- А) окспренолол;
- В) альпренолол;

- С) метопролол;
- Д) піндолол;
- Е) ацебутолу ,

10. У хворого А., 70 років, з діагнозом «ІХС. Гострий QS-ін-фаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка» на фоні больового синдрому виниклу щоксизмальна надшлуночкова тахікардія (ЧСС — 180 за 1 хв, ритм правильний, АТ — 90/60 mm рт. ст.). Які засоби не слід вводити у такому випадку:

- А) верапаміл — 10 мг внутрішньовенно повільно;
- В) дигоксин — 1 мг внутрішньовенно струминно;
- С) АТФ — 6 мл внутрішньовенно струминно;
- Д) 0,1 % розчин атропіну сульфату — 2 мл внутрішньовенно струминно;
- Е) 1 % розчин мезатону -5мл внутрішньовенно?

11. У хворого Н., 67 років, з діагнозом «ІХС. Гострий Q-ін-фаркт міокарда нижньої стінки лівого шлуночка» у момент госпіталізації в стаціонар виникла синусова брадикардія (ЧСС - 58 за 1 хв, АТ - 115/70 mm рт. ст., ЕКГ - ритм синусовий правильний, ознаки некрозу та ішемічного пошкодження нижньої стінки лівого шлуночка).

Що слід призначити такому хворому з метою нормалізації ЧСС:

- А) атропіну сульфат;
- В) пропранолол;
- С) ізадрин;
- Д) спеціальне лікування не потрібне;
- Е) тимчасову трансвенозну електрокардіостимуляцію?

12. Хворий Д., 48 років, лікується впродовж 5 днів з приводу інфаркту нижньої стінки лівого шлуночка. Раптово після повторного нападу болю з'явилась аритмія. ЕКГ: частота передсердних скорочень 76 за 1 хв, шлуночкових 38 за 1 хв. Тривалість інтервалів Р-Р і R-R однакова.

Яке ускладнення виникло у хворого:

- А) повна атріовентрикулярна блокада;
- В) синоатріальна блокада;
- С) синдром слабкості синусового вузла;
- Д) миготлива аритмія — брадисистолічна форма;
- Е) синдром Фредеріка

13. Хворий Ж., 29 років, після фізичного навантаження відчув серцебиття, втратив свідомість. ЧСС — 200 за 1 хв, пульс ниткоподібний, АТ — 90/60 mm рт. ст. ЕКГ: тривалість інтервалу QRS — 0,08 с, зубці Р не візуалізують-ся. Хворому показаний:

- А) атропіну сульфат;
- В) ніфедипін;
- С) нітрогліцерин;
- Д) хінідин;
- Е) АТФ

14. У хворі Л., 40 років, раптово виник напад серцебиття, біль у ділянці серця. ЧСС — 170 за 1 хв, АТ — 110/ 70 mm рт. ст. ЕКГ: ширина комплексу QRS — 0,08 с. З чого слід починати допомогу хворій:

- А) непрямого масажу серця;
- В) уведення пропранололу — 5 мл 0,1 % розчину внутрішньовенно струминно;
- С) виконання проби з подразненням каротидного синуса;
- Д) уведення новокаїнамідю — 10 мл 10 % розчину в ізотонічному розчині натрію хлориду внутрішньовенно струминно;
- Е) черезстравохідної електрокардіостимуляції?

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого із захворюваннями серця;
- провести курацію хворого із захворюваннями серця;
- провести диференційну діагностику захворювань серця;
- скласти план лікування окремих захворювань серця;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження.	
Провести курацію хворого	1. Скласти схему консервативної терапії. 2. Сформулювати покази до операції. 3. Скласти план передопераційної підготовки. 4. Визначити метод знеболювання. 5. Вибрати оперативний доступ. 6. Визначити вид та об'єм оперативного прийому. 7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду.	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали: Комп'ютерні тестові програми додаються.

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

ТЕМА: ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕДОСТІННЯ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми: Захворювання середостіння на теперішній час досить розповсюджені. Незважаючи на сучасні досягнення в проблемі лікування цих захворювань, залишається високою смертність та інвалідизація хворих. Іноді значні труднощі виникають в діагностиці та лікуванні пухлин органів середостіння, що спричиняють незадовільні результати лікування. Невирішеними залишаються питання щодо способів лікування гнійних медіастинітів.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову середостіння; анатомію органів, які знаходяться в різних відділах середостіння; методику фізикального обстеження органів середостіння: пальпацію, перкусію, аускультацию; інструментальні методи обстеження; тактику та способи лікування захворювань органів середостіння, можливі ускладнення.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни органів середостіння; аналізувати дані додаткових методів обстеження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Відділи середостіння. Топографічну анатомію розміщення органів.	-//-
Нормальна фізіологія	Значення та фізіологічні процеси, що відбуваються в органах середостіння.	-//-
Біохімія	Процеси обміну речовин в органах середостіння.	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів які призводять до захворювань органів середостіння.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань.	Проводити посиндромну діагностику захворювань. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на органах середостіння.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах. Визначити показання для способу операції

3.2. **Зміст теми:** (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

6. «Клінічна хірургія» під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.
7. «Факультетська хірургія» під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.
8. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина». - 2006.- 654 с.

9. «Хірургічні хвороби». За редакцією П.Г.Кондратенко // Х. «Факт».- 2006.- 816 с.
10. «Хирургические болезни» под редакцией М. И. Кузина. М.: «Медицина». – 1987.

Додаткова (наукова):

1. Вишне夫斯基 А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. – М.: Медицина, 1977.
2. **Електронна книга. Хірургія грудної порожнини. – Тернопіль, 1999.**
3. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань органів середостіння.	
Клініку	Скласти класифікацію захворювань органів середостіння.	
Діагностику	Дати перелік основних лабораторних та інструментальних методів діагностики захворювань органів середостіння.	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики.	
Лікування	Скласти типову схему лікування. Визначити показання та спосіб оперативного лікування при захворюваннях органів середостіння.	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Анатомічна будова середостіння.
2. Відділи середостіння.
3. Доброякісні та злоякісні пухлини органів середостіння.
4. Кісти органів середостіння.
5. Інструментальні методи обстеження середостіння.?
6. Етіологія і патогенез медіастинітів.
7. Клінічна картина при гострому медіастиніті.
8. Специфічні симптоми гострого медіастиніту.
9. Хірургічні доступи до органів середостіння.
10. Тактика та способи лікування гострого медіастиніту.
11. Інтенсивна терапія при гострому медіастиніті.
12. Тактика хірурга при пошкодженні стравоходу.
13. Особливості ведення хворих в післяопераційному періоді.
14. Показання для накладання гастростоми.
15. Сучасні малоінвазивні методи лікування захворювань органів середостіння.

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

1. Пневмомедіастінографія – це:
 - а) рентгенологічне дослідження з використанням суміші барію;
 - б) рентгенологічне дослідження з використанням активного йоду;
 - в) рентгенологічне дослідження з використанням газу;*
 - г) рентгенологічне дослідження з використанням газу та барію;
 - д) рентгенологічне дослідження з використанням кристалоїдів.
2. Внутрішньогрудний зуб відноситься до:
 - а) аберрантного зуба;*
 - б) абортивного зуба;

- в) абераційного зобу;
 - г) адьювантного зобу;
 - д) токсичного зобу.
3. Внутрішньогрудний зоб розвивається з:
- а) мутованого зачатку щитоподібної залози;
 - б) Мюллерової протоки;
 - в) дистопованого зачатку щитоподібної залози;*
 - г) недорозвиненого тимусу;
 - д) всі відповіді вірні.
4. На внутрішньогрудний зоб хворіють частіше жінки якого віку?
- а) 20 років;
 - б) 30 років;
 - в) 50 років;
 - г) 40 років;*
 - д) 75 років.
5. Тимоми за ступенем диференціювання клітин можуть бути:
- а) доброякісними та злоякісними;*
 - б) тільки доброякісними;
 - в) тільки злоякісними;
 - г) всі відповіді вірні;

2 рівень.

1. Серцева сумка середостіння поділяється на відділи:
- а) латеральні;
 - б) передній;*
 - в) середній;*
 - г) задній;*
 - д) зовнішній та внутрішній.
2. Що з переліченого розміщується в передньому середостінні?
- а) дистальний відділ виличкової залози;*
 - б) дуга аорти та її магістральні гілки;*
 - в) грудний лімфатичний проток;*
 - г) ліва та права плечоголовні вени;*
 - д) перикард.
3. Що містить в собі середнє середостіння:
- а) біфуркацію трахеї;*
 - б) перикард, серце;,*
 - в) головні бронхи ;*
 - г) легеневі артерії та вени;*
 - д) біфуркаційні лімфатичні вузли.*
4. Якими структурами обмежене заднє середостіння?
- а) умовною вертикальною лінією від середини верхньої апертури до діфрагми;
 - б) біфуркацію трахеї;*
 - в) перикардом;*
 - г) нижньогрудним відділом хребта;*
 - д) реберними дугами.
5. Що з переліченого розміщується в задньому середостінні?
- а) стравохід;*
 - б) низхідний відділ грудної аорти;*
 - в) блукаючі нерви;*
 - г) грудний лімфатичний проток;*
 - д) лімфатичні вузли.*

V. Задачі для самоконтролю:

1. Хвора 37 років, доставлена клініку через 50 хв. після отримання ножового поранення, рана розташована в ділянці серця. Об-но: хвора бліда, різко загальмована, АТ 60/20 мм рт. ст., межі серця розширені, аускультативно – серцеві тони глухі. Ваші дії?

- A) Невідкладна торакотомія з видаленням гемоперикарду і ушиванням рани серця.*
- B) Проведення інтенсивної протишокової терапії.
- C) Проведення інтенсивної протишокової терапії з послідуєчим оперативним втручанням.
- D) Проведення протишокової терапії з одночасним виконанням торакоскопії.
- E) Рентгенографія грудної клітини .

2. Хворий, доставлений після ДТП, скаржиться на біль у грудній клітці зліва, кашель, кровохаркання, задуху. Об-но: підшкірна емфізема, ціаноз шкіри, ЧСС 98 за 1 хв., аускультативно дихання ослаблене зліва, пошкодження реберного каркасу не виявлено, рентгенологічно спостерігається смужка повітря вздовж трахеї, лівобічний пневмоторакс. Ваш діагноз?

- A) Розрив лівого головного бронха.*
- B) Розрив стравоходу.
- C) Абсцес легені з перфорацією .
- D) Розрив лівого купола діафрагми .
- E) Піопневмоторакс .

1. Чоловік 40 років, доставлений швидкою допомогою після дорожньо–транспортної пригоди зі скаргами на виражену задишку, біль в правій половині грудної клітки та грудини, кашель з невеликою кількістю яскравої пінистої крові. Об'єктивно: стан хворого вкрай важкий, ціаноз обличчя, виражена підшкірна емфізема грудної стінки, шиї та обличчя. пульс – ритмічний, 110 за 1 хв., АТ 90/60 мм.рт.ст. При аускультатії легень – справа дихання різко ослаблене на всьому протязі, зліва – задовільне.

Який найбільш імовірний діагноз у даного хворого? Призначити план обстеження та лікування.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого із захворюваннями органів середостіння;
- провести курацію хворого із захворюваннями органів середостіння;
- провести диференційну діагностику медіастиніту з іншими гострими запальними захворюваннями органів грудної клітки;
- скласти план лікування хворого з гострим медіастинітом;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження. 5. Провести додаткові інструментальні обстеження.	

Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скласти схему консервативної терапії. 2. Сформулювати покази до операції. 3. Скласти план передопераційної підготовки. 4. Визначити метод знеболювання. 5. Вибрати оперативний доступ. 6. Визначити вид та об'єм оперативного прийому. 7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду. 	
-----------------------------	--	--

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми додаються. Відомості з Інтернету

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні підходи щодо лікування пухлин середостіння.
2. Профілактика захворювань органів середостіння.
3. Малоінвазивні технології лікування гострого медіастиніту.

ТЕМА: ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кількість навчальних годин: 4.

1. Актуальність теми:

Захворювання щитовидної залози (ЩЗ) посідають перше місце серед хвороб ендокринної системи. Найбільш клінічно значимі серед них наступні: 1. Ендемічний та спорадичний зоб; 2. Дифузний токсичний зоб (синоніми-тиреотоксикоз, хвороба Базедова, хвороба Грейвса та інші); 3. Гострі та хронічні тиреоїдити; 4. Рак щитовидної залози.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову та основні фізіологічні процеси, що відбуваються в ЩЗ; методику обстеження хворого по органах і системах.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, що відбуваються у ЩЗ при її захворюваннях; аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями ЩЗ.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову ЩЗ.	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у ЩЗ.	-//-
Біохімія	Патологію процесів обміну йоду.	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень процесів обміну йоду.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів обміну йоду
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань ЩЗ.	Проводити посиндромну діагностику захворювань ЩЗ. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на ЩЗ.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах захворювань ЩЗ. Визначити показання для способу операції

3.2. Зміст теми: (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. –Хирургические болезни” под редакцией М. И. Кузина. М.: –Медицина”. – 1987.
2. –Факультетська хірургія” під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.
3. –Клінічна хірургія” під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.

Додаткова (наукова):

1. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Хірургічна анатомія щитовидної залози?
2. Клініко-морфологічна класифікація захворювань щитовидної залози?
3. Особливості анамнезу і об'єктивного обстеження при захворюваннях ЩЗ?
4. Які існують спеціальні методи обстеження при патології щитовидної залози?
5. Принципи консервативного лікування при патології щитовидної залози?
6. Показання до операції при захворюваннях щитовидної залози?
7. Ускладнення захворювань щитовидної залози?
8. Особливості хірургічної тактики при захворюваннях щитовидної залози?
9. План ведення післяопераційного періоду при патології щитовидної залози?

Б. Тести для самоконтролю: Додаються

В. Задачі для самоконтролю: Додаються

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою фізикального обстеження хворого із захворюваннями ЩЗ;
- провести курацію хворого із захворюваннями щитовидної залози;
- провести диференційну діагностику захворювань щитовидної залози;
- скласти план лікування окремих захворювань щитовидної залози;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	<ol style="list-style-type: none">1. Зібрати анамнез2. Провести об'єктивне обстеження хворого.3. Провести лабораторні обстеження.4. Провести рентгенологічне обстеження.5. Провести додаткові інструментальні обстеження.	
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none">1. Скласти схему консервативної терапії.2. Сформулювати покази до операції.3. Скласти план передопераційної підготовки.4. Визначити метод знеболювання.5. Вибрати оперативний доступ.6. Визначити вид та об'єм оперативного прийому.7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду.	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали: Додаються

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні підходи щодо лікування вола.
2. Ендемічні райони України та профілактика захворювань ЩЗ.
3. Чорнобильська катастрофа і хвороби щитовидної залози.

ТЕМА: ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Мастит розвивається, як правило, у лактуючій молочній залозі, найчастіше в перший місяць після пологів, особливо в жінок, що годують (80-85% всіх маститів). Інша частина післяпологових маститів спостерігається в жінок, що не годують, і тільки в 0,5-1% випадків він виникає у вагітних. Частота післяпологових маститів коливається від 2 до 6% серед всіх що родили й не має тенденції до зменшення.

Серед дисгормональних захворювань молочної залози найбільше значення має мастопатія. При профілактичних оглядах мастопатія виявляється більш ніж у чверті всіх жінок, але найбільше часто у віці від 30 до 50 років.

2. Навчальні цілі: Студенти повинні **знати** анатомічну будову та основні фізіологічні процеси молочних залоз.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, що відбуваються у молочних залозах при їх захворюваннях; аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями молочних залоз.

Засвоїти види діагностичної та хірургічної тактики пацієнтів із захворюваннями молочних залоз; методи патогенетичної і симптоматичної терапії в т. ч. фізіотерапії.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову молочних залоз, їх кровопостачання, крово- і лімфовідтік, інервацію.	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси лактопозу та лактогенезу.	-//-
Біохімія	Патологію процесів гормональної регуляції молочних залоз.	Скласти схему додаткових методів дослідження – біохімічних тестів.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез порушень фізіологічних процесів у молочних залозах.	Аналізувати причини і наслідки порушень фізіологічних процесів у молочних залозах
Пропедевтика внутрішніх хвороб Акушерство і гінекологія	Схему обстеження хірургічного хворого. Симптоматологію захворювань молочних залоз.	Проводити посиндромну діагностику захворювань молочних залоз. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних нозологічних одиниць. Проводити диференційну діагностику.

Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та основні оперативні прийоми при виконанні операцій на молочних залозах.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах захворювань молочних залоз.
---------------------	--	---

3.2. Зміст теми: (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. «Хирургические болезни» под редакцией М. И. Кузина. М.: «Медицина». – 1987.
2. «Факультетська хірургія» під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.
3. «Клінічна хірургія» під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.

Додаткова (наукова):

1. Р. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою хірургічні захворювання ободової кишки.

Наприклад:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори...	
Клініку	Скласти класифікацію клінічних проявів...	
Діагностику	Дати перелік основних методів діагностики...	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики	
Лікування	Скласти типову схему лікування і т. п.	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Хірургічна анатомія молочних залоз?
2. Клініко-морфологічна класифікація захворювань молочних залоз?
3. Особливості збору анамнезу і об'єктивного обстеження при захворюваннях молочних залоз?
4. Доопераційні спеціальні методи обстеження при захворюваннях молочних залоз?
5. Принципи консервативного лікування при захворюваннях молочних залоз?
6. Показання до операції при захворюваннях молочних залоз?
7. Ускладнення захворювань молочних залоз?
8. Особливості хірургічної тактики при захворюваннях молочних залоз?
9. План ведення післяопераційного періоду при захворюваннях молочних залоз?

Б. Тести для самоконтролю:

Збірник тестів і задач

В. Задачі для самоконтролю:

Додаються

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті, наприклад:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого із захворюваннями

- молочних залоз;
- провести курацію хворого із захворюваннями молочних залоз;
 - провести диференційну діагностику захворювань молочних залоз;
 - скласти план лікування окремих захворювань молочних залоз;
 - провести лабораторне дослідження хворого із захворюваннями молочних залоз.

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження. 5. Провести додаткові інструментальні обстеження. 	
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скласти схему консервативної терапії. 2. Сформулювати покази до операції. 3. Скласти план передопераційної підготовки. 4. Визначити метод знеболювання. 5. Вибрати оперативний доступ. 6. Визначити вид та об'єм оперативного прийому. 7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду. 	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми. Додаються

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні підходи щодо лікування мастопатій.
2. Пластична хірургія молочних залоз.

ТЕМА: Артеріальні тромбози та емболії. Класифікація гострої ішемії кінцівок. Клінічні стадії перебігу. Краш-синдром. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи консервативного та оперативного лікування.

Кількість навчальних годин – 8.

1.Актуальність теми:

Гостра артеріальна непрохідність привертала до себе увагу вчених ще з давніх давен. Повідомлення про гострі оклюзії зустрічаються в роботах А.Весалінса (1568), Гоулда (1684), Цайдена (1742), Сенака (1749), Джусіана, Паулетта, Сайланта (1776), Цегрукса (1837). Однак основні положення вчених про артеріальні тромбози та емболії були сформовані лише в середині 19 століття, дякуючи науковим працям Вірхова (1846-1856), Кіркса (1852), Туфнела (1853), Клаубрі (1853), Шульценбергера (1856) та інших. Особливо велика заслуга в цьому Вірхова, який запропонував термін «емболія». В 1854 році він писав: «В противоположность тромбу, образованному вследствие свертывания крови непосредственно в сосуде, я обозначаю тромбы, мигрирующие по сосудам, как «эмболы». Особливо великих успіхів досягло вчення про артеріальні тромбози та емболії в другій половині 20 століття з розвитком судинної хірургії.

Емболія - найбільш часта форма гострої артеріальної непрохідності. В 90-95% хворих причиною емболії артерій великого кола кровообігу є наступні захворювання серця: ревматичні пороки (51,7%), післяінфарктний кардіосклероз і аневризми серця (5%), септичний ендокардит, гострий інфаркт міокарда (11,6%). Майже в 75% хворих відзначається порушення ритму серцевих скорочень - миготлива аритмія. Емболії частіше зустрічаються у жінок в віці 40-59 років. По частоті локалізації емболу розподіляється таким чином:

- нижні кінцівки - 66,5%
- верхні кінцівки - 33,5%
- стегнова артерія - 41%
- клубові артерії - 18,2%
- біфуркація аорти - 15,3%
- підключичні артерії - 10,4%
- артерії гомілок - 5,8%
- плечові артерії - 4,7%
- пахвові артерії - 1,9%.

2.Навчальні цілі заняття.

Студенти повинні знати:

Анатомічну будову та фізіологію артеріального кровотоку; причину розвитку гострих тромбозів та емболій магістральних артерій, фактори які сприяють цьому; клінічні ознаки артеріальних тромбозів та емболій; зміни, які відбуваються в стінці артерії, згортаючій системі крові. Класифікацію ступенів ішемії тканин. Сучасні методи діагностики. Тактику лікування гострих тромбозів та емболій. Засоби консервативного лікування та методи оперативних втручань. Реабілітацію хворих та профілактику артеріальних тромбозів та емболій.

Студент повинен вміти:

Зібрати анамнез захворювання. Виконати фізикальне обстеження хворого. Проаналізувати та оцінити отримані дані, виділити основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, що відбуваються як в артеріях так і в тканинах. Призначити додаткові методи обстеження. Провести диференціальну діагностику між тромбозом та емболією, між артеріальним та венозним тромбозом. Скласти програму лікування хворого.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1 Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову артеріальної системи людини	
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси артеріального кровотоку	
Патологічна фізіологія	Етіологію та патогенез виникнення тромбозу та емболії, механізм розвитку тромбозу, порушення кровообігу та згортання крові.	Оцінити ступінь ішемії тканин
Внутрішні хвороби	Фізикальні методи обстеження хворих та основні симптоми гострої ішемії тканин кінцівок.	Провести посиндромну діагностику гострого порушення кровообігу в артеріях. Скласти програму клінічного, лабораторного та інструментального обстеження хворого. Провести диференційну діагностику.
Рентгенологія	Рентгенологічні методи дослідження патології магістральних артерій та їх ускладнення.	Оцінити дані рентгеноангіологічних досліджень.
Оперативна хірургія та топографічна анатомія	Хірургічні доступи до основних магістральних артерій.	Вибрати оптимальний хірургічний доступ до тромбованої артерії та вирішити питання методу хірургічного втручання.

3.2 Зміст теми занять. (Текст додається).

3.3 Рекомендована література.

1. Хірургічні хвороби : Підручник / За редакцією проф. П. Г. Кондратенка. - Х. : Факт, 2006.- 816 с.
2. Шпитальна хірургія : Підручник / За ред. Л. Я. Ковальчука, Ю. П. Спіженка, В. Ф. Саєнка та ін.. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
3. Клиническая ангиология : Руководство / Под ред. А. В. Покровского. В двух томах. Т.-1. – М. : ОАО «Издательство медицина», 2004.-888 с.
4. Савельев В. С., Затевахин И. И. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей.- Москва.
5. Кохан Е. П., Заварина И. К. Избранные лекции по ангиологии.- Москва, «Наука».-2000

3.4 Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні причини емболії та умови утворення тромбу.	
Клініку	Визначити клінічні прояви тромбозу та емболії магістральних артерій. Знати ступені ішемії тканин кінцівок та ускладнення в залежності від ступеню.	

Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих на тромбоз та емболію магістральних артерій.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики тромбозів та емболії, артеріальних та венозних тромбозів магістральних судин.	
Лікування	Методи консервативної терапії гострого тромбозу та емболії. Показання та протипоказання для проведення оперативних втручань при тромбозах, емболія артерій.	
Профілактику	Визначити основні напрямки профілактики артеріальних тромбозів та емболій.	

3.5 Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. Хірургічна анатомія артерій.
2. Етіологія тромбозу артерій.
3. Етіологія емболії артерій.
4. Особливості збору анамнезу і об'єктивного обстеження.
5. Назвіть основні умови утворення тромбу (тріада Р.Вірхова).
6. Причини емболії артерій.
7. Методи діагностики захворювання артерій.
8. Діагностика гострої артеріальної непрохідності.
9. Патоморфологія при гострій артеріальній непрохідності.
10. Клінічна характеристика емболії та тромбозу магістральних артерій.
11. Диференціальна діагностика артеріальних тромбозів та емболій.
12. Диференціальна діагностика артеріальних та венозних тромбозів та емболій.
13. Класифікація гострої ішемії нижніх кінцівок за В.С.Савельєвим.
14. Хірургічна тактика при гострій артеріальній непрохідності.
15. Показання до консервативного лікування гострих артеріальних тромбозів.
16. Препарати, що використовуються для консервативного лікування.
17. Поняття про тромболізис.
18. Методи оперативного лікування емболії та гострого тромбозу магістральних артерій.
19. Антикоагулянти, фібрінолітичні, тромболітичні препарати.
20. Методи контролю за зсідаючою системою, їх характеристика.
21. Ведення післяопераційного періоду.
22. Профілактика гострої артеріальної непрохідності.
23. Кіллери судин.

Б. Тести для самоконтролю I, II та III рівня.

1. Стегнова артерія доступна пальпації у:

- а) нижній третині стегна;
- б) середній третині стегна;
- в) зовні, під пахвинною зв'язкою;
- г) між середньою і внутрішньою третиною пахвинної зв'язки;
- д) між зовнішньою і середньою третиною пахвинної зв'язки.

2. Стегнова артерія виходить з-під пахвинної зв'язки у ділянці:

- а) зовні м'язової лакуни;
- б) у середній частині м'язової лакуни;
- в) у зовнішній частині судинної лакуни;
- г) у середній частині судинної лакуни;
- д) у внутрішній частині судинної лакуни.

3. Задня гомілкорова артерія доступна пальпації:

- а) спереду внутрішньої кісточки;
- б) ззаду внутрішньої кісточки;
- в) внизу внутрішньої кісточки;
- г) зверху внутрішньої кісточки;
- д) спереду зовнішньої кісточки.

4. Тильна артерія ступні с продовженням артерії:

- а) міжкісткової;
- б) задньої гомілкової;
- в) малогілкової;
- г) передньої гомілкової;
- д) стегнової.

5. Спеціальні методи обстеження при захворюванні артерій:

- а) електрокардіографія;
- б) бронхографія;
- в) артеріальний тиск;
- г) реовазографія;
- д) частота пульсу.

6. Спеціальні методи обстеження при захворюванні артерій:

- а) електрокардіографія;
- б) колоноскопія;
- в) осцилографія;
- г) артеріальний тиск;
- д) частота пульсу.

7. При реовазографії реєструється:

- а) артеріальний тиск;
- б) частота пульсу;
- в) зміни електричного опору у тканинах;
- г) температура тіла;
- д) напруження м'язів.

8. При артеріографії використовуються препарати, які містять:

- а) йод;
- б) цинк;
- в) фтор;
- г) хлор;
- д) кальцій.

9. Для контрастування здухвинних судин контрастна речовина вводиться в артерію:

- а) підколінну;
- б) стегнову;
- в) аорту черевну;
- г) аорту грудну;
- д) дугу аорти.

10. При ішемічних болях у нижніх кінцівках, хворі знаходяться в положенні:

- а) горизонтальному,
- б) лежать із зігнутими в колінах ногами;
- в) лежать з ногою на шині Белера;
- г) лежать на животі,
- д) сидять зі спущеними ногами

Правильні відповіді.

- 1) г, 2) д, 3) б, 4) г, 5) г, 6) в, 7) в, 8) а, 9) в, 10) д,

1. У хворого 45 років, з постгеморагічною анемією (дві доби тому переніс операцію з приводу закритої травми черевної порожнини і розривом печінки). Незабаром, після переливання еритроцитарної маси з'явилися біль в грудях, кровохаркання і пропасниця. Яка найбільш імовірна причина гемотрансфузійного ускладнення?

- А) тромбоемболія легеневої артерії;
- Б) несумісність крові за груповими факторами системи АВ0;
- В) несумісність крові за резус-фактором;
- Г) анафілактичний шок;
- Д) недоброякісність донорської крові.

2. Хвора М., 35 років, з ревматизмом в активній фазі, має стеноз мітрального клапана ІV стадії, фібриляцію передсердь. 6 годин тому з'явився виражений біль у спокої в правій нижній кінцівці, при об'єктивному огляді відсутня артеріальна пульсація стегнової артерії справа, температура шкіри ступні знижена, синюшного кольору, рух у ступні обмежений, чутливість збережена. Визначте хворобу.

- А) гостре порушення мозкового кровообігу;
- Б) гостра тромбоемболія стегнової артерії справа;
- В) гострий тромбофлебіт глибоких вен правої гомілки;
- Г) рожисте запалення правої гомілки;
- Д) гострий лімфангоїт правої нижньої кінцівки.

3. У хворого на гостру ішемію обох нижніх кінцівок, що виникла одночасно, але має значніші прояви справа, відсутня пульсація на правій стегнової, підколінній артеріях та артеріях ступні. Визначається послаблена пульсація на лівій артерії стегна та інших артеріях лівої нижньої кінцівки. Визначити рівень оклюзії:

- А) оклюзія правої клубової артерії;
- Б) тромб-"наїзник" біфуркації аорти;
- В) оклюзія обох стегнових артерій;
- Г) тотальний тромбоз біфуркації аорти;
- Д) оклюзія правої зовнішньої клубової та лівої внутрішньої стегнових артерій.

4. Хвора 68 років, прооперована з приводу гострого холецистити при наявності супутньої патології – гіпертонічної хвороби ІІ ст., ІХС, атеросклеротичного кардіосклерозу, правобічної стегнової кили, варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Перші 3 дні післяопераційного періоду сприятливі. На 4 добу виявились ознаки гіпостатичної пневмонії. На 6 добу раптово розвинулось зниження серцевої діяльності з ціанозом верхньої половини тіла та втратою свідомості. Пульс – 140/хв., АТ 60 мм.рт.ст. Екстрені реанімаційні засоби виявились даремними. Визначте діагноз.

- А) інфаркт міокарда;
- Б) набряк легень;
- В) тромбоемболія легеневої артерії;
- Г) гостре порушення мозкового кровообігу;
- Д) тромбоз мезентеріальних судин.

5. Хвора 76 років доставлена КШД у важкому стані зі скаргами на різкий біль в нижній лівій кінцівці, який з'явився протягом години і наростає. При ходінні відчуває відсутність твердої опори, похолодання ступні. Страждає на ІХС, цукровий діабет. При огляді ліва нижня кінцівка бліда до коліна, гомілка та ступня холодні, під шкірою простежуються дрібні судини. Больова чутливість порушена на гомілці та ступні зліва. Пульсація на ступні та в підколінній ямці відсутня зліва, на стегнових артеріях послаблена.

- А) тромбоз підколінної артерії;
- Б) діабетична гангрена лівої нижньої кінцівки;
- В) облітеруючий атеросклероз;
- Г) хвороба Рейно;
- Д) тромбофлебіт.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДІ: 1-А; 2-Б; 3-Б; 4-В; 5-А;

В. Задачі для самоконтролю IV рівня.

Задача 1. Хворий 67 років протягом 13 років хворіє облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок. Неодноразово лікувався амбулаторно і стаціонарно. Три години тому виник різкий біль в лівій нозі. Об'єктивно: нога бліда, з ціанотичним відтінком, холодна на дотик. Пульсація на стегновій артерії ослаблена, на підколінних та артеріях стопи відсутня. Відмічається болючість м'язів гомілки пальпаторно. Рухи в пальцях стопи, гомілково-ступневому та колінному суглобах збережені.

Яке ускладнення виникло? План обстеження? Хірургічна тактика?

Еталон відповіді: Тромбоз стегнової артерії. УЗ обстеження артерій нижньої кінцівки. Ангіографія. Тромбектомія.

Задача 2. Хвора 54 років скаржиться на різкий біль в правій нижній кінцівці, який виник раптово 2 години тому після невеликого фізичного навантаження. Протягом 10 років хворіє на ішемічну хворобу серця, миготливу аритмію. Об'єктивно: права нижня кінцівка бліда, холодна на дотик, активні та пасивні рухи в пальцях і суглобах збережені. Пульсація на артеріях стопи та підколінній артерії відсутня, на стегновій – збережена. Пульс 110 $\frac{y^d}{x^b}$, аритмічний. АТ 180/90 мм.рт.ст..

Діагноз? План обстеження? Лікування?

Еталон відповіді: Емболія правої підколінної артерії. УЗ обстеження артерій правої нижньої кінцівки, ангіографія. Тромбоемболектомія.

Задача 3. Хворий 63 років хворіє облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок протягом 8 років. Два роки тому виконана операція – стегново-підколінне алошунтування з приводу оклюзії стегново-підколінного сегменту правої нижньої кінцівки. Добу тому виникли різкі болі в правій гомілці та стопі. Об'єктивно: пульс 90 $\frac{y^d}{x^b}$, АТ 160/100 мм.рт.ст. Рухи в гомілково-ступневому та колінному суглобах збережені, чутливість пальців не порушена. Пульсація на артеріях стопи та підколінній відсутні, на стегновій – збережена.

Яке віддалене післяопераційне ускладнення виникло? План обстеження? Лікування?

Еталон відповіді: Тромбоз алошунта. УЗ обстеження артерій правої нижньої кінцівки, ангіографія. Ревізія дистального анастомозу, оцінка периферійного русла, тромбектомія із алопротезу.

Задача 4. Хворому виконано стегново-підколінне алошунтування з приводу облітеруючого атеросклерозу судин правої нижньої кінцівки, оклюзії стегново-підколінного сегменту. Під час операції введено в/в крапельно 50000 одиниць гепарину. В ранньому післяопераційному періоді виникла кровотеча із післяопераційних ран, яку неможливо зупинити накладанням грузу на рани.

Яке ускладнення виникло?

Яка подальша тактика?

Еталон відповіді: Передозування прямого антикоагулянта (гепарин). Введення в/в 1% розчину протамін сульфату.

Задача 5. Хворий 50 років госпіталізований в неврологічне відділення 3 години тому зі скаргами на біль в поперековій ділянці, нижніх кінцівках, на порушення чутливості стоп та гомілок. Біль виник після важкого фізичного навантаження (косив траву). Хворіє тривалий час аорто-артеріотом та ревматизмом. Об'єктивно: стан тяжкий, ноги бліді, холодні на дотик, пульс 105 $\frac{y^d}{x^b}$, АТ 180/100 мм.рт.ст. Пульсація на стегновій, підколінній та артеріях стоп відсутня.

Діагноз? Обстеження? Лікування?

Еталон відповіді: Тромбоз аорти. УЗ обстеження аорти та артерій нижніх, ангіографія через плечову артерію. Тромбектомія з аорти та здухвинних артерій, а також артерій нижніх кінцівок.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1 Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методом збору анамнезу при курації хворих з гострими тромбозами та емболіями;
- оволодіти навичками клінічних методів обстеження хворих та діагностики гострої артеріальної непрохідності;
- провести диференціальну діагностику гострих тромбозів та емболій;
- провести диференціальну діагностику венозних та артеріальних тромбозів;
- скласти план консервативного лікування;
- визначити показання та протипоказання для оперативного втручання.

4.2 Професійні алгоритми.

Завдання	Вказівки	Примітки
Оволодіти методикою обстеження хворих з гострою артеріальною непрохідністю	<ol style="list-style-type: none"> 1.Зібрати анамнез; 2.Провести об'єктивне обстеження хворого. Виявити характерні симптоми для гострих тромбозів та емболій магістральних артерій; 3.Лабораторне обстеження хворого; 4.Додаткові інструментальні обстеження хворого (УЗД судин, реовазографія, доплерографія). 5.Рентгенологічне обстеження (ангіографія); 6.Комп'ютерна томографія; 7.Магнітно-резонансна томографія. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Звернути увагу на пульсацію магістральних артерій кінцівок; 2.Звернути увагу на вибір контрастної речовини при проведенні ангіографії, КТ та МРТ.
Провести курацію хворого.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Скласти схему лікування хворих з гострою артеріальною непрохідністю; 2.Схема консервативної терапії; 3.Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування; 4.Визначити метод знеболення, ступінь операційного ризику; 5.Визначити об'єм оперативного лікування; 6.Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді; 7.Визначити основні профілактичні заходи артеріальних тромбозів та емболій. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Звернути увагу на показання та протипоказання до призначення тромболітиків; 2.Звернути увагу на особливості профілактичних заходів до ретромбозу магістральних артерій.

4.3 Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів:

1. Ультразвукова діагностика артеріальних тромбозів та емболій.
2. Методи тромбемболектомії із магістральних артерій.
3. Тромболізіс при артеріальних тромбозах магістральних артерій кінцівок.

ТЕМА: ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Під ТЕЛА розуміють оклюзію судинного русла легень тромбами, які первинно утворилися в венах великого кола кровообігу. В загальній структурі причин раптових смертей, масивна ТЕЛА займає третє місце. За останній час медициною досягнуті відчутні успіхи в діагностиці та лікуванні ТЕЛА, але й по сьогодні вона продовжує забирати життя багатьох тисяч працездатних і соціально активних людей різного віку, часто не обтяженими іншими захворюваннями. Ось чому не зупиняється пошук більш завершених, безпечних методів прижиттєвої ідентифікації емболічних уражень, хірургічних і медикаментозних способів дезобструкції васкулярного русла легень і профілактики рецидиву захворювання.

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову серцево-судинної системи, фізіологічні особливості кровообігу; методику фізикального обстеження серця, перкусію, аускультацию, інструментальні методи обстеження, тактику та способи лікування.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз з іншими захворюваннями, надавати невідкладну допомогу та серцево-легеневу реанімацію..

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову серця та магістральних судин, кола кровообігу	-//-
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у серці та магістральних судинах.	-//-
Патологічна фізіологія	Причини виникнення, механізми розвитку ТЕЛА	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів кровообігу
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань серця	Проводити посиндромну діагностику захворювання. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику основних форм захворювання. Проводити диференційну діагностику.

3.2. **Зміст теми:** (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. «Клінічна хірургія» під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.

Додаткова (наукова):

1. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори ТЕЛА	
Клініку	Визначити клінічні прояви ТЕЛА	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження ТЕЛА	
Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування ТЕЛА, надання невідкладної допомоги та серцево-легеневої реанімації	
Профілактику	Методи профілактики ТЕЛА при факторах ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Причини виникнення ТЕЛА.
2. Назвіть основні умови утворення тромбів.
3. Патоморфологія ТЕЛА.
4. Класифікація ТЕЛА.
5. Симптоматика і клінічний перебіг
6. Варіанти клінічного перебігу й ускладнення
7. Диференціальна діагностика ТЕЛА
8. Тактика і вибір методу лікування ТЕЛА
9. Консервативна терапія ТЕЛА
10. Хірургічне лікування ТЕЛА
11. Фактори ризику ТЕЛА
12. Категорії ризику ТЕЛА
13. Заходи попередження ТЕЛА.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Яке місце займає масивна ТЕЛА в загальній структурі раптових смертей ?
 - а) 1;
 - б) 2;
 - в) 3;
 - г) 4;
 - д) 5.
2. Яке ускладнення розвивається при закупорці легеневої артерії середніх розмірів?
 - а) інфаркт міокарду;
 - б) розшаровуюча аневризма грудного відділу аорти;
 - в) абсцес легень;
 - г) інфаркт легень;
 - д) емфізема легень.
3. Характерна ознака емболії легеневої артерії:
 - а) загрузинний біль;
 - б) диспное;
 - в) ціаноз;
 - г) запаморочення свідомості;
 - д) всі відповіді вірні.
4. Який препарат відноситься до прямих антикоагулянтів ?
 - а) альтелізе;
 - б) фібринолізин;
 - в) гепарин;
 - г) ацетилсаліцилова кислота;
 - д) варфарин.

5. Найоб'єктивнішу інформацію про наявність емболії дає:
- а) загальний аналіз крові;
 - б) коагулограма;
 - в) ЕКГ;
 - г) пульмоноангіографія;
 - д) оглядова рентгенографія органів грудної клітки.
6. Які синдроми характерні для ТЕЛА ?
- а) коронарно-ішемічний синдром;
 - б) церебральний синдром;
 - в) абдомінальний синдром;
 - г) геморагічний синдром;
 - д) всі відповіді вірні.
7. При ТЕЛА аускультативно можна вислухати:
- а) «ритм галопу»;
 - б) систолічний шум;
 - в) шум «падаючої краплі»;
 - г) шум тертя перикарду;
 - д) всі відповіді вірні.
8. Яка профілактика ТЕЛА виконується при відсутності верхівки тромбу у вені ?
- а) плікація нижньої порожнистої вени;
 - б) постановка кавафільтра;
 - в) тромбектомія з вени;
 - г) всі відповіді вірні;
 - д) а і в.
9. Які препарати відносяться до низькомолекулярних гепаринів ?
- а) детралекс;
 - б) клексан;
 - в) гепарин;
 - г) фраксипарин;
 - д) варфарин.
10. Виберіть основні причини утворення тромбу синдроми характерні для ТЕЛА
- а) порушення току крові;
 - б) переїдання;
 - в) фізичні навантаження;
 - г) пошкодження стінки судин;
 - д) порушення коагулятивних властивостей крові.

Правильні відповіді: 1-в; 2-г; 3-д; 4-в; 5-г; 6-а,б,в; 7-а,б,г; 8-а,б,в; 9-б,г; 10-а,г,д.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий С., 55 років знаходиться на лікуванні у хірургічному стаціонарі з приводу гострого тромбозу глибоких вен правої нижньої кінцівки. Під час ходіння впав, втратив свідомість, з'явилася виражена задуха. При огляді стан важкий, дифузний ціаноз, частота дихальних рухів 36-38 за 1 хвилину. При аускультативній ослаблене дихання в нижніх відділах зліва. Артеріальний тиск 90/50 мм рт.ст. тони серця приглушені, акцент II тону над легеневою артерією. На ЕКГ електрична вісь серця відхилена вправо, R-pulmonale в II та III відведеннях. Поставте попередній діагноз?

- а) спонтанний пневмоторакс;
- б) лівобічна пневмонія;
- в) лівобічний плеврит;
- г) гострий інфаркт міокарда;
- д) тромбоемболія легеневої артерії.

2. Хвора К., 73 роки, який лікується з приводу тромбофлебіту поверхневих вен лівої нижньої кінцівки, раптово виникла задуха, біль за грудиною, була короткочасна втрата свідомості, ЕКГ-ЧСС-130 за 1 хв., глибокі зубці S у I відведенні та Q у III стандартних відведеннях, підняття сегменту ST у III відведенні. На ангіопульмонографії – обрив гілок середньої та нижньої гілок легеневої артерії. Поставте діагноз.

- а) колапс;
- б) інфаркт міокарда;
- в) тромбоемболія гілок легеневої артерії;
- г) кардіогенний шок;
- д) нестабільна стенокардія.

3. Хвора К, 60 років прооперовано з приводу ЖКХ хронічного калькульозного холецистити, виконана ВЛХЕ. Страждає 5 років варикозним розширенням вен. Які заходи профілактики ТЕЛА необхідно провести?

4. Хворий С, 72 років поступила в хірургічне відділення з приводу після операційної вентральної грижі великих розмірів. Страждає цукровим діабетом тяжкого ступеню, отримує інсулін. Має місце ожиріння III ступеню. Заходи профілактики ТЕЛА в до- і післяопераційний період?

5. Хворий 56 років доставлений у відділення судинної хірургії з приводу тромбозу лівої зовнішньої здухвинної вени. З анамнезу відомо, що хворіє протягом 1 місяця, останні 3 тижні перебував на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні ЦРЛ. Стан його майже не покращився, протягом останніх трьох років двічі переніс тромбоемболію нижніх гілок легеневої артерії. При проведенні ультразвукового сканування встановлено наявність не фіксованої верхівки тромбу в лівій зовнішній здухвинній вені протягом 3 см. Поставте діагноз. Визначте тактику лікування хворого.

Відповіді на задачі:

1 - д;

2 - в;

3 - У хворого помірна ступінь ризику. Показано:

- рання активізація
- при тривалій гіподинамії – еластична компресія нижніх кінцівок.
- специфічна профілактика до відновлення активності пацієнта протягом 5-7 діб.

Фраксипарин 0,3 мл перша ін'єкція через 2-6 годин після операції, наступні щовечора, або Клексан 0,2 мл – за аналогічною схемою.

4 - У хворого високий ступінь ризику. Показано:

- за можливістю – рання активізація
- при тривалій гіподинамії – еластична компресія нижніх кінцівок.
- специфічна профілактика до відновлення активності пацієнта протягом 5-7 діб. Гепарин по 5000 МО перша ін'єкція за 2 години до втручання, потім чотири рази а добу (при $m > 70$ кг – шість разів на добу) під контролем коагулограми з наступним переходом на непрямі антикоагулянти, або Фраксипарин 0,3 $m > 70$ кг – 0,6 мл) перша ін'єкція за 2 години до втручання, наступна через 8-12 годин, потім щовечора, або Клексан 0,2 $m > 70$ кг – 0,4 мл) за аналогічною схемою

5 - У хворого «флотация» верхівки тромбу лівої зовнішньої здухвинної вени. Показане проведення видалення не фіксованої верхівки тромбу у лівій зовнішній здухвинній вені.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1.Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методами збору анамнезу у хворих з ТЕЛА
- мати навички в діагностуванні варикозного розширення вен та його ускладнення
- провести диференційну діагностику ТЕЛА з іншими захворюваннями;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з варикозним розширенням вен	1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження. 5. Провести додаткові інструментальні обстеження (ЕКГ, пульмоноангіографія)	1. Звернути увагу на показники загортальної системи крові. 2. Звернути увагу на зміни на ЕКГ
Провести курацію хворого	1. Скласти схему профілактики ТЕЛА. 2. Схема консервативної терапії при різних формах ТЕЛА. 3. Визначити показання та об'єм оперативного лікування. 4. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді 5. Визначитись з профілактикою повторної ТЕЛА.	1. Звернути увагу на особливості проведення профілактики ТЕЛА. 2. Звернути увагу на протипоказання до призначення тромболітиків

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми додаються

5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні методи діагностики та лікування тромбоемболії легеневої артерії.
2. Диференціальна діагностика тромбоемболії легеневої артерії
3. Профілактика тромбоемболії легеневої артерії.

**ТЕМА: Абдомінальний ішемічний синдром. Класифікація. Ускладнення.
Діагностика. Спеціальні методи дослідження. Методи хірургічного лікування.**

Кількість навчальних годин – 4

1. Актуальність теми.

Хронічне порушення вісцерального кровообігу - це захворювання, для якого характерні ішемічні розлади кровообігу органів черевної порожнини унаслідок різних порушень прохідності вісцеральних артерій. У літературі ця нозологічна форма більше відома під терміном *angina abdominalis*, вперше запропонованим *Baselli* (1903).

2. Навчальні цілі заняття.

Студенти повинні знати:

Патогенез абдомінального ішемічного синдрому, класифікацію, клініку, форми, стадії розвитку. Спеціальні інструментальні методи дослідження, сучасну тактику лікування, способи оперативного лікування, експертизу працездатності, віддаленні результати.

Студенти повинні вміти:

Зібрати анамнез захворювання, виконати фізикальне обстеження хворого, провести диференціальну діагностику, визначити тактику лікування. Намітити об'єм оперативного втручання, скласти схему лікування хворих в післяопераційному періоді.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомія артерій і вен черевної порожнини	Охарактеризувати топографію судин черевної порожнини.
Нормальна фізіологія	Фізіологічні процеси, що відбуваються у черевній порожнині	Відмітити основні функції очеревини та мезентеріальних судин.
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез захворювання.	Аналізувати причини і наслідки абдомінального ішемічного синдрому.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Симптоматологію захворювань .	Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику абдомінального ішемічного синдрому. Проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах . Визначити показання для способу операції

3.2. Зміст теми занять. (Текст додається).

3.3. Рекомендована література

1. Кузнецов М.Р. и др. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клинические варианты и тактика лечения // Грудн. сердеч.-сосуд. хирургия. - 1999. NQ 4. - С. 35-39.
2. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Юдин В.И. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу). - М.: ИРИСЪ, 2002.
3. Савельев В. С., Петросян Ю. С., Зингерман Л. С. и др. Ангиографическая диагностика заболеваний аорты и ее ветвей. - М.: Медицина, 1975.

4. Савельев В. С. и др. Особенности висцерального кровообращения при хронической ишемической болезни органов пищеварения и дислипотеидемии // Грудн. и сердеч.-сосуд. хирургия. - 1999. - № 4. С.40-45.
5. Спиридонов А.А., Клионер Л.И. Хроническая ишемия органов пищеварения / Под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бокерия // Сердеч.-сосуд. хир. - М.: Медицина, 1989.
6. «Факультетська хірургія» під редакцією М. П. Захараша. К. «Медицина». – 2006.
7. Хірургічні хвороби» під редакцією П. Г. Кондратенка. – Харків «Факт». – 2006.
8. «Хирургические болезни» под редакцией М. И. Кузина. М.: «Медицина». – 2006.
9. Клиническая ангиология. Под ред. А.В.Покровского. в 2-х томах // М. «Медицина», 2004.- 888 с.
10. «Хірургія, том 2» під редакцією Я.С. Березницького. – Дніпропетровськ «РВА Дніпро-VAL». – 2007

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні причини розвитку абдомінального ішемічного синдрому.	
Клініку	Визначити клінічні прояви абдомінального ішемічного синдрому Знати клінічну картину можливих ускладнень захворювання.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з абдомінальним ішемічним синдромом.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики абдомінального ішемічного синдрому.	
Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування абдомінального ішемічного синдрому. Показання та протипоказання для проведення хірургічного лікування.	
Профілактику	Методи профілактики розвитку типових ускладнень.	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. Особливості кровопостачання органів черевної порожнини.
2. Фізіологія травлення.
3. Етіологія та патогенез АІС.
4. Класифікація АІС.
5. Клініка АІС.
6. Діагностика АІС.
7. Методи консервативного лікування.
8. Показання до оперативного лікування.
9. Види оперативних втручань.

В. Задачі для самоконтролю: (додаються).

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1 Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методом збору анамнезу при курації хворих з абдомінальним ішемічним синдромом;
- мати навички в діагностуванні абдомінального ішемічного синдрому та його ускладнень;
- провести диференціальну діагностику абдомінального ішемічного синдрому з іншими захворюваннями
- скласти план лікування хворих з абдомінальним ішемічним синдромом при різних стадіях захворювання.

4.2. Професійні логарифми

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з абдомінальним ішемічним синдромом	<ol style="list-style-type: none">1. Зібрати анамнез;2. Провести об'єктивне обстеження хворого;3. Лабораторне обстеження хворого;4. Додаткові інструментальні обстеження хворого (УЗД судин);5. Рентгенологічні обстеження (ангіографії)	1.Звернути увагу на вибір контрастної речовини при проведенні ангіографії.
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none">1. Скласти схему лікування хворих з абдомінальним ішемічним синдромом при різних стадіях захворювання;2. Сема консервативної терапії;3. Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування;4. Визначити метод знеболення, ступень операційного ризику;5. Визначити об'єм оперативного лікування;6. Визначити показання та протипоказання для проведення оперативного лікування;7. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді;8. Визначитись із профілактикою абдомінального ішемічного синдрому.	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

4. Сучасні методи діагностики та абдомінального ішемічного синдрому.
5. Диференціальна діагностика абдомінального ішемічного синдрому.

ТЕМА: ХРОНІЧНА ІШЕМІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК. ОБЛІТЕРУЮЧИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ І ЕНДАРТЕРІЇТ

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми:

Основними причинами облітеруючих уражень аорти і периферичних артерій є атеросклероз і облітеруючий тромбангіт. При цьому найбільш часто зазнають ураження судини нижніх кінцівок. Атеросклероз по частоті виникнення стоїть на першому місці серед захворювань черевної аорти і характеризується облітеруючим ураженням її дистальніше ниркових артерій. Це захворювання є найбільш частою причиною втрати працездатності і передчасної смерті пацієнтів у віці старше 40-45 років. Облітеруючий тромбангіт займає друге місце по частоті ураження периферичних артерій, і на відміну від атеросклерозу, рідко заважає ураження аорти.

2. Навчальні цілі заняття:

Студенти повинні знати:

Патогенез хронічної ішемії кінцівок, облітеруючого атеросклерозу і ендартеріїту, класифікацію, клініку, стадії, функціональні проби. Спеціальні методи дослідження, сучасну тактику лікування, способи оперативного лікування, експертизу працездатності

Студенти повинні вміти:

Проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомія артерій нижніх кінцівок, їх топографію	Указати відмінності судин верхніх і нижніх кінцівок.
Нормальна фізіологія	Кола кровообігу. Кровопостачання нижніх та верхніх кінцівок.	
Біохімія	Патологію процесів ліпідного обміну	
Патологічна фізіологія	Етіологію і патогенез атеросклерозу та ендартеріїту.	Аналізувати причини і наслідки порушень процесів ліпідного обміну.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему обстеження хворого. Семіотику захворювань.	Проводити посиндромну діагностику захворювань . Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику захворювань артерій. Проводити диференційну діагностику.
Оперативна хірургія	Хірургічні доступи та прийоми при виконанні операцій на магістральних та периферійних артерій.	Вміти вибрати хірургічний доступ при типових і ускладнених формах . Визначити показання для способу операції.

3.2. **Зміст теми заняття:** (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. «Хирургические болезни» под редакцией М. И. Кузина. М.: «Медицина». – 2006.
2. «Факультетська хірургія» під редакцією М. З. Шидловського. – Тернопіль, 2002.
3. «Клінічна хірургія, том 1» під редакцією Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль, 2002.
4. «Хірургія, том 2» під редакцією Я. С. Березницького. – Дніпропетровськ «РВА Дніпро-VAL». – 2007.
5. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф. та інші. Шпитальна хірургія // Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.

Додаткова (наукова):

1. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.
2. «Факультетська хірургія» під редакцією М. П. Захараша. К. «Медицина». – 2006.
3. «Хірургічні хвороби» під редакцією П. Г. Кондратенка. – Харків «Факт». – 2006.
4. Бураковский В.И. Сердечно-сосудистая хирургия // М.: Медицина, 1989.
5. Електронна книга. Серцево-судинна хірургія // Тернопіль, 1999.
6. Савельев В.С., Затевахин И.М., Степанов Н.Б. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей // М.: Медицина, 1987.
7. Клиническая ангиология. Под ред. А.В.Покровского. в 2-х томах // М. «Медицина», 2004.- 888 с.

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори, які призводять до розвитку облітеруючого атеросклерозу та ендартеріїту.	
Клініку	Скласти класифікацію клінічних проявів захворювань.	
Діагностику	Дати перелік основних методів діагностики, що використовуються в даний час, вміти їх трактувати.	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики облітеруючого атеросклерозу та ендартеріїту.	
Лікування	Скласти типову схему лікування даних захворювань.	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Етіологія облітеруючого атеросклерозу, ендартеріїту
2. Патогенез атеросклеротичного ураження судин
3. Класифікація по ступеню ішемії
4. Клінічна характеристика по стадіях компенсації
5. Клінічна характеристика при синдромі Лериша
6. Діагностика облітеруючого атеросклерозу
7. Функціональні проби
8. Сучасні методи лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок
9. Хірургічне лікування. Реконструктивні операції
10. Клінічна картина ендартеріїту
11. Діагностика та лікування ендартеріїту
12. Клініка неспецифічного аортоартеріїту
13. Етіологія хвороби Рейно
14. Діагностика та лікування хвороби Рейно

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

1. Ймовірними факторами ризику при облітеруючому атеросклерозі є:
 - а) цукровий діабет
 - б) гіпертонія
 - в) паління
 - г) вживання алкоголю
 - д) розростання сполучної тканини
2. Скільки ступенів ішемії по класифікації А.В.Покровського:
 - а) 5
 - б) 4
 - в) 7
 - г) 3
 - д) 6
3. Тредміл-тест проводиться протягом :
 - а) 5хв
 - б) 10хв
 - в) 6хв
 - г) 8хв
 - д) 4хв

2 рівень.

1. Основними принципами консервативного лікування облітеруючого атеросклерозу є:
 - а) тренувальна ходьба
 - б) усунення спазму судин за допомогою спазмолітичних засобів
 - в) вітамінотерапія групи А,Д
 - г) шунтування
 - д) резекція з протезуванням
2. Ангіоспастичному періоду облітеруючого тромбангіїту притаманні:
 - а) швидка втомлюванність
 - б) органічні ураження судин
 - в) «змінна кульгавість»
 - г) деформація нігтів
 - д) некрози дистальних відділів кінцівки
3. Протипоказанням до операції при облітеруючому тромбангіїту є:
 - а) серцева недостатність
 - б) тотальний кальциноз аорти
 - в) оклюзія аорти
 - г) гостра фаза захворювання
 - д) вік хворого

Правильні відповіді: 1 рівень: 1) а; 2) б; 3) а.

2 рівень: 1) а, б; 2) а, в; 3) а, б.

3 рівень.

1. У хворої 50 років тижневої давності тромбоемболія правої стегнової артерії, гостра ішемія Іб ступеня за Савельєвим. Оптимальною лікувальною тактикою в даному випадку буде?
 - а) тромболітична терапія;
 - б) аутовенозне стегново-підколінне шунтування;
 - в) непряма тромбемболектомія;
 - г) консервативне лікування;
 - д) ендартеректомія з стегнової артерії.

2. Хвора 76 років доставлена КШП в тяжкому стані зі скаргами на різкий біль в лівій нижній кінцівці, який з'явився на протязі години і зростає. При ходінні відчуває відсутність твердої опори, похолодання ступні. Страждає на ІХС, цукровий діабет. При огляді ліва нижня кінцівка бліда до коліна, гомілка та ступня холодні, під шкірою простежуються дрібні судини. Болюва чутливість порушена на гомілці та ступні зліва. Пульсація на ступні та в підколінній ямці відсутня зліва, на стегнових артеріях послаблена.

- а) тромбоз підколінної артерії;
- б) починаюча діабетична гангрена лівої нижньої кінцівки;
- в) облітеруючий атеросклероз;
- г) хвороба Рейно;
- д) тромбофлебіт.

4 рівень.

1. У хворого 45 років, учора з'явився сильний біль розпираючого характеру в ділянці лівого стегна і гомілки. Сьогодні біль підсилюється, з'явився виражений набряк стопи, гомілки, стегна, підвищилася температура до 37,8. Боляче ступати на ногу. Подібного болю раніше не було
Діагноз? План обстеження. Консервативна терапія. Оперативне лікування.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти технікою виконання фізикального обстеження хворого із захворюваннями артерій нижніх кінцівок;
- провести курацію хворого із облітеруючими захворюваннями;
- провести диференційну діагностику облітеруючого атеросклерозу та ендартеріїту;
- скласти план лікування захворювань хворого на облітеруючі захворювання;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести рентгенологічне обстеження. 5. Провести додаткові інструментальні обстеження. 	
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скласти схему консервативної терапії. 2. Сформулювати показання до операції. 3. Скласти план передопераційної підготовки. 4. Визначити метод знеболювання. 5. Вибрати оперативний доступ. 6. Визначити вид та об'єм оперативного втручання. 7. Визначити основні заходи післяопераційного періоду. 	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми додаються

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні підходи щодо лікування облітеруючих захворювань.
2. Профілактика облітеруючих захворювань.
3. Сучасні рентгеноваскулярні способи оперативних втручань при облітеруючих захворюваннях.

ТЕМА: Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Класифікація. Ускладнення. Діагностика. Спеціальні методи дослідження. Методи хірургічного лікування.

Кількість навчальних годин – 4

1. Актуальність теми.

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок характеризується порушенням відтоку крові у поверхневій і глибокій венозних системах внаслідок вертикальних та горизонтальних патологічних рефлюксів та дисфункції «м'язово-венозної помпи» нижніх кінцівок.

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок спостерігається у 7-12% дорослого населення. Кількість хворих загально-хірургічного профілю складає 2-5 %, із захворюваннями периферійних судин – 10-15 %. Найчастіше варикозна хвороба з'являється у віці 20-50 років. Однак часто можна спостерігати ураження як правої, так і лівої кінцівки, проте здебільшого захворювання буває двобічним. Велика підшкірна вена уражається в 10 разів частіше, ніж мала. Жінки хворіють в 3 рази частіше, ніж чоловіки. У результаті несвоєчасного лікування варикозної хвороби вона прогресує, виникає хронічна венозна недостатність, яка носить ускладнений перебіг з розвитком тромбофлебіту, трофічних виразок, емболії легеневої артерії, що призводить до зниження працездатності, інвалідності та навіть смерті хворих. Серед обстежених хворих на варикозну хворобу - 38 % інвалідів III групи, 10 % інвалідів - II групи. У зв'язку з цим вкрай важливі своєчасна діагностика і диспансеризація цієї категорії хворих. Лікар будь-якої спеціалізації повинен вміти провести обстеження хворих на варикозну хворобу і знати можливості медикаментозного та хірургічного лікування.

2. Навчальні цілі заняття.

Студенти повинні знати:

Патогенез варикозного розширення вен, класифікацію, клініку, форми, стадії розвитку, функціональні проби, що визначають прохідність глибоких вен та повноцінність клапанів. Спеціальні інструментальні методи дослідження, сучасну тактику лікування, способи оперативного лікування, експертизу працездатності, віддаленні результати.

Студенти повинні вміти:

Зібрати анамнез захворювання, виконати фізикальне обстеження хворого, провести функціональні проби на прохідність вен, диференціальну діагностику, визначити тактику лікування. Намітити об'єм оперативного втручання, скласти схему лікування хворих в післяопераційному періоді.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію вен нижніх кінцівок, їх будову	
Фізіологія	Функцію вен нижніх кінцівок	
Патофізіологія	Причини виникнення, механізми розвитку варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок	
Внутрішні хвороби	Фізикальні методи обстеження хворих	

3.2. Зміст теми занять. (Текст додається).

3.3. Рекомендована література.

1. Український консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – Київ, 2005. – 20 с.
2. Шпитальна хірургія / за ред. Л.Я. Ковальчука, Ю.П. Спіженка, В.Ф. Саєнка та ін. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 - С. 230-250.
3. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред.. проф.. П.Г. Кондратенка. – Х.: Факт, 2006. – 816 с.

4. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Щелоков А.Л., Ивашкин А.Н., Фоминых Е.М. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. – М.: «МедЭкспертПресс», Петрозаводск «ИнтелТек». – 2003. – 176 с.
5. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
6. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. - Киев, «Здоров'я», - 1984.
7. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В. Покровського. В двух томах. Т. 2. – М.: ОАО «Издательство медицина», 2004. – 888 с.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
<i>Вивчити:</i>		
Етіологію	Назвати основні причини розвитку варикозного розширення вен нижніх кінцівок.	
Клініку	Визначити клінічні прояви варикозної хвороби. Знати клінічну картину можливих ускладнень варикозного розширення вен нижніх кінцівок.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики варикозного розширення вен нижніх кінцівок.	
Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Показання та протипоказання для проведення хірургічного лікування.	
Профілактику	Методи профілактики розвитку типових ускладнень.	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. Фактори, що забезпечують нормальну венозну гемодинаміку.
2. Етіологія варикозного розширення вен.
3. Патогенез порушення венозної гемодинаміки при варикозній хворобі.
4. Клінічна характеристика варикозної хвороби нижніх кінцівок.
5. Клінічна характеристика ХВН 1 ст.
6. Клінічна характеристика ХВН 2 ст.
7. Клінічна характеристика ХВН 3 ст.
8. Ускладнення варикозної хвороби.
9. Функціональні проби для визначення стану клапанів поверхневих, перфорантних та глибоких вен нижніх кінцівок.
10. Методи та показання для флебографії.
11. Диференціальна діагностика варикозного вузла пахової ділянки та стегнової грижі.
12. Диференціальна діагностика варикозної хвороби і природженої дисплазії вен.
13. Консервативне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.
14. Лікування екземи та дерматиту, спричинених хронічною венозною недостатністю.
15. Лікування трофічної виразки, спричиненої хронічною венозною недостатністю.
16. Показання та протипоказання до хірургічного лікування варикозної хвороби.
17. Послідовність виконання операції сафенектомії.
18. Причини рецидиву варикозної хвороби нижніх кінцівок після сафенектомії.
19. Лікування рецидиву варикозної хвороби нижніх кінцівок після сафенектомії.
20. Профілактика варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Які проби проводяться для визначення прохідності перфорантних вен?
 - а) Пратта;
 - б) Дельбе-Пертеса;

- в) Панченка;
 - г) Шайніса;
 - д) Гаккенбрухта.
2. Які проби проводяться для визначення стану клапанів поверхневих вен?
- а) Броді-Троянова-Тренделенбурга;
 - б) Дельбе-Пертеса;
 - в) Панченка;
 - г) Шайніса;
 - д) Гаккенбрухта.
3. До складу пасти для пов'язки Унна не входить
- а) гліцерин;
 - б) цинка – оксид;
 - в) левоміцетин;
 - г) дистильована вода;
 - д) желатин.
4. Радикальність операції при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок визначається:
- а) ретельністю виконання операції Троянова-Тренделенбурга;
 - б) повнотою видалення змінених вен;
 - в) якістю виявлення та перев'язки перфорант;
 - г) якістю перев'язки витоків змінених вен;
 - д) всі відповіді вірні.
5. Консервативна терапія варикозного розширення вен нижніх кінцівок не ставить завдання:
- а) сповільнити прогресування захворювання;
 - б) зменшити флебогіпертензію і її вплив на тканини;
 - в) усунути набряк, свербіж, біль;
 - г) досягти повного заживлення язв;
 - д) вилікувати варикозне розширення вен.
6. Поверненню крові до серця з нижніх кінцівок до серця сприяє все крім:
- а) залишковий артеріальний тиск;
 - б) дихальних рухів;
 - в) скорочення м'язів кінцівок;
 - г) клапанів вен;
 - д) високого внутрішньочеревного тиску.
7. Які препарати використовуються для проведення склеротерапії при варикозній хворобі?
- а) склеровейн;
 - б) пентоксифілін;
 - в) гепарин;
 - г) клексан;
 - д) актове гін.
8. Назвіть флеботропні препарати
- а) детролекс;
 - б) пентоксифілін;
 - в) анавенол;
 - г) фраксипарін;
 - д) актове гін.
9. Покращенню венозного відтоку з нижніх кінцівок сприяє:
- а) заняття важкою атлетикою;
 - б) кашель;
 - в) заняття велоспортом;
 - г) довготривале стояння на ногах;
 - д) підвищення внутрішньочеревного тиску.
10. Компресійна терапія включає все перераховане крім:

- а) пов'язка Унна;
- б) гіпсові лонгетки;
- в) еластичні бинти;
- г) компресійні колготки;
- д) компресійні гольфи.

Правильні відповіді: 1 – а, г; 2 – а, д; 3 – в; 4 – д; 5 – д; 6 – д; 7 – а; 8 – а, в; 9 – в; 10 – б.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Мати двох дітей скаржиться на появу вузлів м'яко-еластичної консистенції по зовнішній поверхні лівого стегна з переходом на гомілку, появу набряку на цій же стопі до кінця робочого дня. Після нічного відпочинку набряк зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю та пологами. Сформулюйте діагноз?

- а) гострий тромбофлебіт глибоких вен лівої гомілки;
- б) варикозне розширення вен лівої гомілки;
- в) облітеруючий ендартеріт;
- г) слоновість лівої ноги;
- д) гострий тромбофлебіт поверхневих вен лівої гомілки.

2. Хвора 51 рік. Звернулась за допомогою до приймального відділення зі скаргами на кровотечу з варикозно-розширеного вузла великої підшкірної вени на гомілці, яка перша допомога?

- а) підняття нижньої кінцівки;
- б) прошивання судини, що кровоточить;
- в) накладання пов'язки;
- г) пальцеве притиснення судини;
- д) накладання джгута

3. Н., 56 років, хворіє на варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Варикозні вузли щільні, різко болючі, напружені. Шкіра над ними гіперемована. Яке ускладнення варикозної хвороби у хворої? Тактика лікування?

4. Хвора В., 48 років. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, стадія субкомпенсації. Показане оперативне втручання. На операцію не дає згоди. Які ваші рекомендації?

5. Хворий Г., 60 років. Варикозне розширення вен відмічає з 25 років. По медіальній поверхні нижньої третини гомілки трофічна виразка 5х5 см, гнійні виділення, синюшність шкіри навколо, набряк стопи. Ваш діагноз? Визначте тактику лікування.

Відповіді на задачі

- 1. – б;
- 2. – б;

3. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, яке ускладнилося гострим тромбофлебітом. Показане виконання операції Троянова-Тренделенбурга для профілактики виникнення гострого тромбозу глибоких вен та ТЕЛА, з послідуочим проведенням консервативного лікування.

4. Варто рекомендувати консервативне лікування: еластичне бинтування, препарати для поліпшення реологічних властивостей крові та мікроциркуляції, зменшення фізичних навантажень, заняття ЛФК.

5. Варикозне розширення вен, стадія декомпенсації, ускладнене трофічною виразкою нижньої третини гомілки. Показане консервативне лікування до загоєння виразки. Потім планове оперативне втручання з приводу варикозної хвороби.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1 Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методом збору анамнезу при курації хворих з варикозною хворобою;
- мати навички в діагностуванні варикозного розширення вен та його ускладнень;
- провести диференціальну діагностику при варикозному розширенні поверхневих вен та набряках нижніх кінцівок;

- скласти план лікування хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок при різних стадіях захворювання.

4.2. Професійні логарифми

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з варикозним розширенням вен	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати анамнез; 2. Провести об'єктивне обстеження хворого; Виявити характерні проби для визначення прохідності поверхневих, перфорантних та глибоких вен нижніх кінцівок; <ol style="list-style-type: none"> 3. Лабораторне обстеження хворого; 4. Додаткові інструментальні обстеження хворого (флебометрія, УЗД судин); 5. Рентгенологічні обстеження (флебографії) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Звернути увагу на визначення пульсації артерій нижніх кінцівок; 2.Звернути увагу на вибір контрастної речовини при проведенні флебограм.
Провести курацію хворого	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скласти схему лікування хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок при різних стадіях захворювання; 2. Сема консервативної терапії; 3. Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування; 4. Визначити метод знеболення, ступень операційного ризику; 5. Визначити об'єм оперативного лікування; 6. Визначити показання та протипоказання для проведення склеро терапії; 7. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді; 8. Визначитись із профілактикою варикозної хвороби. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Звернути увагу на протипоказання до призначення тромболітиків; 2.Звернути увагу на особливості проведення профілактики ТЕЛА.

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

6. Сучасні методи діагностики та лікування варикозного розширення вен.
7. Диференціальна діагностика варикозного розширення вен нижніх кінцівок.
8. Профілактика гострого тромбофлебиту варикознорозширених вен нижніх кінцівок у вагітних.

ТЕМА: Тромбози магістральних вен. Класифікація. Клініка. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи консервативного і оперативного лікування.

Кількість навчальних годин – 4

1. Актуальність теми.

Венозний тромбоз – гостре захворювання, в основі якого лежить утворення тромбу в просвіті вени з елементами запалення (тромбофлебіт) і порушенням відтоку венозної крові. За даними літератури на Україні виникнення тромбозів вен становить близько 150 хворих на 100000 населення. V. Wagemann (1973) відмічає, що гострий тромбоз глибоких вен, нижніх кінцівок і таза спостерігається у 1,87-3,13 % населення Швеції. У США венозний тромбоз є причиною госпіталізації 300 тис. хворих на рік, причому в 50 тис. хворих настає смерть від емболії легеневої артерії. V. Schlosser відзначив розвиток гострого тромбозу глибоких вен після хірургічних операцій у 30 % хворих, травматологічних – 47 % і урологічних – у 34 %. За даними Б.В. Петровського, гострий тромбоз глибоких магістральних вен таза спостерігають в 45,3 % померлих від гінекологічних операцій. Частота гострих венозних тромбозів зростає протягом останнього десятиріччя. Як правило, тромбози ускладнюють перебіг багатьох хронічних захворювань і післяопераційного періоду, відіграють основну роль у прогнозі життя і втрати працездатності. Причини несприятливих результатів лікування венозних тромбозів обумовлені пізньою діагностикою, неправильним лікуванням. Сучасна комплексна медикаментозна терапія і своєчасна операція запобігають розвитку важких ускладнень.

2. Навчальні цілі заняття.

Студенти повинні знати:

Причини розвитку гострих тромбозів магістральних вен, фактори, які сприяють цьому, клінічні ознаки гострих тромбозів та зміни, які відбуваються у стінці вени. Класифікацію захворювання, сучасну діагностику і тактику лікування гострих тромбозів магістральних вен, види оперативних втручань.

Студенти повинні вміти.

Зібрати анамнез захворювання. Виконати фізикальне обстеження хворого. Оцінити отримані дані. Провести диференціальну діагностику тромбозів магістральних вен. Призначити додаткові методи обстеження. Скласти програму лікування хворого з тромбозами магістральних вен нижніх кінцівок.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію вен нижніх кінцівок, їх будову	
Фізіологія	Функцію вен нижніх кінцівок	
Патофізіологія	Причини виникнення, механізми розвитку тромбозу магістральних вен нижніх кінцівок	
Внутрішні хвороби	Фізикальні методи обстеження хворих	
Рентгенологія	Рентгенологічні методи дослідження патології магістральних вен та їх ускладнень	

3.2. Зміст теми занять. (Текст додається).

3.3. Рекомендована література.

1. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г. Кондратенка. – Х.: Факт, 2006. – 816 с.
2. Шпитальна хірургія: Підручник / За ред. Л.Я. Ковальчука, Ю.П. Спіженка, В.Ф. Сасенка та ін. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 - С. 230-250.

3. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Щелоков А.Л., Ивашкин А.Н., Фоминых Е.М. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. – Москва, «МедЭкспертПресс», Петрозаводск «ИнтелТек». – 2003. – 176 с.
4. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
5. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен.- Киев, «Здоров'я», - 1984.
6. Веденский А.Н. Посттромбофлебитическая болезнь. – М. — «Медицина». – 1986.
7. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В. Покровського. В двух томах. Т. 2. – М.: ОАО «Издательство медицина», 2004. – 888 с.
8. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Венозный тромбэмболизм и тромбэмболия легочной артерии. – МИА. – 2005. – 208 с.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
<i>Вивчити:</i>		
Етіологію	Назвати основні умови утворення тромбів та причини розвитку тромбозу вен.	
Клініку	Визначити клінічні прояви тромбофлебіту підшкірних вен та тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок. Знати клінічну картину перебігу ускладнених форм тромбозу глибоких вен.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з тромбофлебитами підшкірних та тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики тромбофлебіту підшкірних вен та тромбозу магістральних вен.	
Лікування	Методи консервативної терапії гострого тромбофлебіту підшкірних і тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок. Показання та протипоказання для проведення оперативного лікування при тромбофлебіті підшкірних та тромбозі глибоких вен.	
Профілактику	Методи профілактики ТЕЛА при розвитку тромбофлебіту підшкірних і тромбозу глибоких вен.	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. Етіологія тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок.
2. Назвіть основні умови утворення тромбів.
3. Причини тромбофлебіту підшкірних вен.
4. Патогенез і клініка мігруючого тромбофлебіту підшкірних вен.
5. Клінічна картина гострого тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок.
6. Диференціальна діагностика тромбофлебіту підшкірних і глибоких вен нижніх кінцівок.
7. Диференціальна діагностика тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок і бешихи.
8. Диференціальна діагностика тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок і лімфангоїту.
9. Консервативне лікування тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок.
10. Показання та протипоказання для оперативного лікування гострого тромбофлебіту підшкірних вен нижніх кінцівок.
11. Техніка операцій при гострому тромбофлебіті підшкірних вен нижніх кінцівок.
12. Етіологічні та патогенетичні фактори тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.
13. Клінічні прояви тромбозу глибоких вен гомілок.
14. Клінічна картина тромбозу тазових вен.
15. Клінічна характеристика білої флегмазії.
16. Клінічна характеристика синьої флегмазії.
17. Клініка тромбозу нижньої порожнистої вени.

18. Етіологія, клінічна картина і лікування синдрому Педжета-Шретера.
19. Диференціальна діагностика тромбозу глибоких вен і лімфостазу.
20. Диференціальна діагностика білої флегмазії і емболії стегнової артерії.
21. Консервативне лікування тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.
22. Особливості хірургічного лікування тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.
23. Профілактика ТЕЛА при тромбозах глибоких вен нижніх кінцівок.
24. Профілактика тромбозу глибоких вен у ранньому післяопераційному періоді.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Синдром Педжета-Шретера це:
 - а) гострий тромбоз підключичної вени;
 - б) гострий тромбофлебіт підшкірних вен;
 - в) гострий мезентеріальний венозний тромбоз;
 - г) гострий тромбоз нижньої порожнистої вени;
 - д) гостра емболія підключичної артерії.
2. Позивний симптом Мозеса спостерігається при:
 - а) лімфангіті;
 - б) лімфостазі;
 - в) тромбозі глибоких вен;
 - г) тромбофлебіті підшкірних вен;
 - д) тромбозі артерій.
3. Виберіть основні причини утворення тромбу.
 - а) порушення току крові;
 - б) переїдання;
 - в) фізичні навантаження;
 - г) пошкодження стінки судин;
 - д) порушення коагулятивних властивостей крові.
4. Який препарат відноситься до прямих антикоагулянтів?
 - а) ацетилсаліцилова кислота;
 - б) урокіназа;
 - в) плавікс;
 - г) гепарин;
 - д) варфарин.
5. Які препарати відносяться до непрямих антикоагулянтів?
 - а) варфарин;
 - б) фраксипарин;
 - в) гепарин;
 - г) фенилін;
 - д) детралекс.
6. Назвіть клінічні прояви, які характерні для гострого тромбозу глибоких вен.
 - а) набряк;
 - б) гіперемія шкіри;
 - в) біль;
 - г) синюшність шкіри;
 - д) відсутність тактильної чутливості.
7. Назвіть характерні симптоми для гострого тромбозу глибоких вен
 - а) Хоманса;
 - б) Панченка;
 - в) Мозеса;
 - г) Такаюсу;
 - д) Горнера
8. Які препарати відносяться до низькомолекулярних гепаринів?
 - а) варфарин;

- б) клексан;
- в) гепарин;
- г) фраксипарин;
- д) детралекс.

9. Назвіть ускладнення тромбозу глибоких вен, що можуть спричинити смерть хворого.

- а) кровотеча;
- б) шок;
- в) масивна тромбемболія легеневої артерії;
- г) інсульт;
- д) інфаркт міокарда.

10. Які препарати відносяться до тромболітиків?

- а) урокіназа;
- б) гепарин;
- в) аспірин;
- г) варфарин;
- д) стрептодеказа.

Правильні відповіді: 1 – а; 2 – в; 3 – а, г, д; 4 – г; 5 – а, г; 6 – а, в, г; 7 – а, в; 8 – б, г; 9 – в; 10 – а, д.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хвора Н. 28 р. 10 днів після гінекологічної операції. Скарг на біль появу набряків на лівій кінцівці, підвищення температури тіла. При огляді – набряк стегна + 6 см та гомілки + 3 см. Біль при натискуванні, симптоми Хоманса та Мозеса – позитивні. Який попередній діагноз?

- а) гострий ілеофеморальний тромбоз;
- б) гострий тромбофлебіт підшкірних вен;
- в) синдром Педжета-Шретера;
- г) тромбоз стегнової артерії;
- д) лімфостаз лівої нижньої кінцівки.

2. У хворого 59 р. після травми гомілки через добу з'явився біль і її набряк, підвищилася температура тіла до 37,5 С. по ходу великої підшкірної вени на гомілці спостерігається гіперемія шкіри і визначається ділянка болючого затвердіння у вигляді тяжа. Поставте діагноз?

- а) гострий тромбоз глибоких вен;
- б) гострий тромбофлебіт підшкірних вен;
- в) лімфангіт гомілки;
- г) гематома гомілки;
- д) бешиха гомілки.

3. У хворого Н., 53 років після операції резекції шлунка на 3 добу з'явилися біль у м'язах гомілки та набряк гомілки, підвищилася температура тіла до 38°C, шкіра гомілки з ціанотичним відтінком. Ваш діагноз?

4. У хворої К., 48 років гострий тромбофлебіт великої підшкірної вени на рівні стегна. Консервативне лікування на протязі тижня неефективне. Показане оперативне втручання. Визначте об'єм операції.

5. У хворого Т., 50 років діагностований гострий тромбоз здухвинних вен. Від початку захворювання пройшло 10 годин. На флебографії – оклюзія загальної здухвинної вени. Визначте тактику лікування.

Відповіді на задачі: 1. – а; 2. – б;

- 3. Діагноз – гострий тромбоз глибоких вен на рівні стегново – підколінного сегменту.
- 4. Флебектомія за способом Троянова – Тренделенбурга, Нарата, Коккета.
- 5. Хворому показана тромбектомія за допомогою зонда Фогарті.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1 Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методом збору анамнезу при курації хворих з гострими тромбофлебитами підшкірних та тромбозами глибоких вен;
- мати навички в діагностуванні гострих тромбофлебітів підшкірних та тромбозів глибоких вен;
- провести диференціальну діагностику при набряках нижніх кінцівок;
- скласти план лікування хворих з гострими тромбофлебитами підшкірних та тромбозами глибоких вен, визначити показання та протипоказання до оперативного лікування.

4.2. Професійні логарифми

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з гострими тромбофлебитами підшкірних та тромбозами глибоких вен	1. Зібрати анамнез; 2. Провести об'єктивне обстеження хворого; Виявити характерні симптоми для гострих тромбофлебітів підшкірних та тромбозів глибоких вен; 3. Лабораторне обстеження хворого; 4. Додаткові інструментальні обстеження хворого (УЗД судин); 5. Рентгенологічні обстеження (флебографії) 6. Комп'ютерна томографія; 7. Магнітно резонансна томографія.	1.Звернути увагу на пульсацію артерій нижніх кінцівок; 2.Звернути увагу на вибір контрастної речовини при проведенні флебограмі.
Провести курацію хворого	1. Скласти схему лікування хворих з гострими тромбофлебитами підшкірних та тромбозами глибоких вен; 2. Сема консервативної терапії; 3. Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування; 4. Визначити метод знеболення, ступень операційного ризику; 5. Визначити об'єм оперативного лікування; 6. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді; 8. Визначитись із профілактикою тромб емболічних ускладнень.	1.Звернути увагу на протипоказання до призначення тромболітиків; 2.Звернути увагу на особливості проведення профілактики ТЕЛА

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Поширеність тромбемболічних ускладнень та їх профілактика у післяопераційних хворих.
2. Особливості тромбектомії із магістральних вен.
3. Тактика лікування гострого тромбофлебіту підшкірних та тромбозу глибоких вен у вагітних.

ТЕМА: Післятромбофлебічний синдром (ПТФС). Класифікація. Діагностика. Консервативні і хірургічні методи лікування.

Кількість навчальних годин – 4

1. Актуальність теми.

Післятромбофлебічний синдром (ПТФС) – це хронічна венозна патологія, пов'язана з перенесеним гострим тромбозом глибоких вен, із подальшими патоморфологічними і патофізіологічними процесами у венозній системі, які об'єднуються в окрему нозологічну форму з типовими зовнішніми проявами і характерними порушеннями регіонарної та центральної гемодинаміки. Медикосоціальна значимість, актуальність і важливість проблеми післятромбофлебічного синдрому обумовлені величезними державними витратами, пов'язаними з лікуванням і тимчасовою непрацездатністю хворих, необхідністю їх працевлаштування, зміни професії, переходом хворих на інвалідність. Післятромбофлебічний синдром виявляють у 5-7 % працездатного населення розвинутих країн. Кількість хворих на ПТФС становить 28% від хворих з різними видами венозної патології. Гострий ілеофеморальний тромбоз у 75% закінчується розвитком ПТФС.

Ефективність застосованих методів лікування, особливо консервативних, недостатня. Більш ніж у 80 % хворих у терміни понад 10 років від початку захворювання розвиваються трофічні розлади тканин і виразки, що ведуть до інвалідності. Практичні хірурги застосовують недостатньо обґрунтовану тактику лікування, не завжди використовують сучасні високоінформативні методи дослідження, такі як ультразвукове сканування, флебографію. Часто хворим відмовляють у хірургічному лікуванні у зв'язку з наявністю виражених трофічних порушень тканин нижніх кінцівок.

2. Навчальні цілі заняття.

Студенти повинні знати:

Етіологію та патогенез розвитку ПТФС, класифікацію, клінічну картину, форми, стадії розвитку, інструментальні методи дослідження, функціональні проби на прохідність глибоких вен та стану венозних клапанів, сучасні методи лікування, експертизу працездатності.

Студенти повинні вміти:

Зібрати анамнез, виконати фізикальне обстеження, провести функціональні проби на прохідність глибоких вен, диференційну діагностику, визначити тактику лікування, написати лист призначення, надати необхідні рекомендації після стаціонарного лікування.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію вен нижніх кінцівок, їх будову	
Фізіологія	Функцію вен нижніх кінцівок	
Патофізіологія	Причини виникнення, механізми розвитку різних форм післятромбофлебічного синдрому.	
Внутрішні хвороби	Фізикальні методи обстеження хворих	

3.2. Зміст теми занять. (Текст додається).

3.3. Рекомендована література.

1. Український Національний консенсус «Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування». – Київ, 2006. – 72 с.
2. Шпитальна хірургія / за ред. Л.Я. Ковальчука, Ю.П. Спіженка, В.Ф. Саєнка та ін. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 - С. 230-250.
3. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г. Кондратенка. – Х.: Факт, 2006. – 816 с.
4. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Щелоков А.Л., Ивашкин А.Н., Фоминых Е.М. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Москва «МедЭкспертПресс», Петрозаводск «ИнтелТек». – 2003. – 176 с.

5. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
6. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен.- Киев, —Здоров’я”, - 1984.
7. Веденский А.Н. Посттромбофлебитическая болезнь. – М. — Медицина”. – 1986.
8. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В. Покровського. В двух томах. Т. 2. – М.: ОАО «Издательство медицина», 2004. – 888 с.

3.4. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою за темою.

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
<i>Вивчити:</i>		
Етіологію	Назвати основні причини розвитку післятромбофлебітичного синдрому.	
Клініку	Визначити клінічні симптоми різних форм післятромбофлебітичного синдрому. Знати клінічну картину ускладнень післятромбофлебітичного синдрому.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з післятромбофлебітичним синдромом.	
Диференціальну діагностику	Скласти таблицю диференціальної діагностики післятромбофлебітичного синдрому.	
Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування різних форм післятромбофлебітичного синдрому. Показання та протипоказання для проведення хірургічного лікування.	
Профілактику	Методи профілактики розвитку ускладнень післятромбофлебітичного синдрому.	

3.5. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю:

1. Етіологія, патогенез післятромбофлебітичного синдрому.
2. Особливості венозної гемодинаміки у хворих з ПТФС.
3. Клінічна характеристика варикозної форми післятромбофлебітичного синдрому.
4. Клінічна характеристика виразкової форми післятромбофлебітичного синдрому.
5. Клінічна характеристика набряково-больової форми післятромбофлебітичного синдрому.
6. Клінічна характеристика склеротичної форми післятромбофлебітичного синдрому.
7. Патогенез виникнення трофічної виразки у хворих з ПТФС.
8. Диференціальна діагностика ПТФС і лімфостазу.
9. Диференціальна діагностика ПТФС і ангіодисплазії.
10. Методи діагностики післятромбофлебітичного синдрому.
11. Види рентгенологічних досліджень при ПТФС.
12. Назвіть способи консервативного лікування ПТФС.
13. Назвіть класифікацію ПТФС.
14. Визначте показання і протипоказання для оперативного лікування ПТФС.
15. Методи оперативного лікування ПТФС.
16. Проведіть експертизу працездатності хворого на ПТФС.
17. Які функціональні проби використовуються для оцінки стану глибоких вен нижніх кінцівок?

Б. Тести для самоконтролю:

1. Післятромбофлебітичний синдром виникає після тромбозу:
 - а) глибоких вен нижніх кінцівок;
 - б) великої підшкірної вени;
 - в) перфорантних вен;
 - г) малої підшкірної вени;
 - д) артерій нижніх кінцівок.

2. Назвіть симптоми характерні для післятромбофлебітичного синдрому.
 - а) атрофія кінцівки;
 - б) біль в кінцівці;
 - в) набряки кінцівок;
 - г) порушення інервації;
 - д) порушення рухів у суглобах кінцівки.
3. Проведення флебографії протипоказано при:
 - а) наявності трофічної виразки;
 - б) розсипчастому типу вен;
 - в) набряку кінцівки;
 - г) гострому тромбофлебіті;
 - д) післятромбофлебітичному синдромі.
4. Які складові входять до складу пасти для пов'язки Унна:
 - а) гліцерин;
 - б) оксид цинку;
 - в) левоміцетин;
 - г) дистильована вода;
 - д) желатин.
5. Які операції застосовуються при хірургічному лікуванні післятромбофлебітичному синдромі?
 - а) операція Пальма;
 - б) операція Леріша;
 - в) операція Огнева;
 - г) операція Псатакіса;
 - д) всі відповіді вірні.
6. Яка мета хірургічного лікування при післятромбофлебітичному синдромі?
 - а) корекція венозного відтоку з глибоких вен;
 - б) усунення венозної гіпертензії у надфасціальних венах;
 - в) корекція лімфоциркуляції;
 - г) створення оптимальних умов для стійкого загоєння трофічних виразок;
 - д) всі відповіді вірні.
7. Які групи препаратів застосовуються для консервативного лікування післятромбофлебітичного синдрому?
 - а) флавоноїди;
 - б) похідні рутину;
 - в) нестероїдні протизапальні засоби;
 - г) дезагреганти та вазоактивні засоби;
 - д) антикоагулянти.
8. З компресійною ціллю в лікуванні післятромбофлебітичного синдрому застосовуються:
 - а) гіпсові лонгети;
 - б) еластичні бинти;
 - в) компресійні панчохи;
 - г) бинтові пов'язки;
 - д) компресійні гольфи.
9. Яка форма післятромбофлебітичного синдрому не зустрічається?
 - а) лімфоїдна;
 - б) варикозна;
 - в) набряково-больова;
 - г) варикозна;
 - д) змішана.
10. Назвіть основний неінвазивний спеціальний метод дослідження при післятромбофлебітичному синдромі.
 - а) флебографія;

- б) қаваграфія;
- в) термометрія;
- г) ультразвукове сканування вен;
- д) реовазографія.

11. З якими захворюваннямі неабхідна праводзіть дыфференцільну дыягностыку пільятромбофлебїтчынаго сындрыму?

- а) бешыха;
- б) захворюваннямі лїмфатычнай сыстемы (лїмфедема, фїбредема);
- в) варыкозным розшырэннем вен ныжнїх кїнцївок;
- г) захворюваннямі нырок;
- д) вї перерахованї.

Правільнї вїдповїдї: 1 – а; 2 – б, в; 3 – г; 4 – а, б, г, д; 5 – а, г; 6 – д; 7 – а, б, в, г, д, ; 8 – б, в, д; 9 – а; 10 – г; 11 – д.

В. Задачы для самокнтроль:

1. Хвора Н., 52 рокїв, хворїе на пільятромбофлебїтчынаы сындрым протягом 10 рокїв. Варыкозна форма, першы ступїнь хронїчнай венознай недостатннстї. Вызначте аб'ем аператывнаго втручаннн.

2. Хвора М., 49 рокїв, хворїе на пільятромбофлебїтчынаы сындрым протягом 5 рокїв. Турбують постїйнї набрнжкн, болї в правїй ныжнїй кїнцївцї. Пры флeboграфїї выявлена оклюзїя правой загальнoй здухвнннн вены. Вызначте аб'ем аператывнаго втручаннн.

3. Хворый К., 70 рокїв, хворїе на пільятромбофлебїтчынаы сындрым протягом 8 рокїв з лoкалїзацїей прoцесу на рївнї лївой пїдкoлїннoй вены. Також хворый страждне на гїпертонїчну хворобу III ст., хронїчну серцево-судннну недостатннсть та пїсляїнфарктннй кардыосклероз. Вызначте тактыку лїкуваннн хворого.

4. Хвора П., 60 рокїв, 7 рокїв назад перенесла гострый тромбоз стегновнх вен злїва. вїдмїчала набрнжкн ныжнїх кїнцївок, якї поступо збїльшувалнся і за нїч не прoходнлн. бїля 2 мїснцїв назад у неї в ныжнїй третннн лївой гoмїлкн вїдкрнлася трoфїчна выразка, яка не пїддається мїсцевoму лїкуваннню. Пoставте дыягнoз. Прызначте лїкуваннн хворой.

Вїдповїдї на задачы

1. Хворїй пoказана вдаленнн варыкозно-розшырєнннх вен з перєв'язкою перфорантннх вен за мeтoдoм Кoкeтa та Лїнтoнa.

2. Хворїй пoказана аперация Пальма – перєхрєсне аутовєнозне надлoбкoвє сафєно-стєгнoвє шунтуваннн.

3. Хворoму пoказанє кoмплєкснє кoнсєрватнвнє лїкуваннн. Аперация прoтнпoказана чєрєз выразєну супутнню патoлoгїю серцево-суднннoй сыстемы.

4. Пільятромбофлебїтчынаы сындрым правой ныжнoй кїнцївкн, змїшана форма. Хронїчна вєнозна недостатннсть правой ныжнoй кїнцївкн III ст. Трoфїчна выразка правой гoмїлкн. пoказанo прызначєннн кoнсєрватнвнoгo лїкуваннн з накладєннєм цннк-желатнннoвoй пoв'язкн на праву гoмїлку.

4. Матерїалн для аудиторнoй самостїйнoй рoбoтн

4.1 Перелїк навчальннх практычннх завдань, якї неабхїдно вкoнаты на практычнoму заннттї:

- овoлoдїтн мeтoдoм збoру анамнезу пры курацїї хворнх з пільятромбофлебїтчынаым сындрымoм;

- здoбутн навчкн в дыягнoстуваннї рїзннх форм пільятромбофлебїтчынаго сындрыму та йoгo ускладнєнь;

- прoвєстн дыфференцїальну дыягностыку пры набрнжках ныжнїх кїнцївок;

- склнсты план лїкуваннн хворнх з рїзннмн формамн пільятромбофлебїтчынаго сындрыму пры рїзнїй лoкалїзацїї патoлoгїчнoгo прoцєсу.

4.2. Професійні логарифми

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з післятромбофлебітичним синдромом	1. Зібрати анамнез; 2. Провести об'єктивне обстеження хворого; Виявити характерні проби для визначення прохідності перфорантних та глибоких вен нижніх кінцівок; 3. Лабораторне обстеження хворого; 4. Додаткові інструментальні обстеження хворого (флебометрія, УЗД судин); 5. Рентгенологічні обстеження (флебографії)	1.Звернути увагу на визначення пульсації артерій нижніх кінцівок; 2.Звернути увагу на вибір контрастної речовини при проведенні флебографії.
Провести курацію хворого	1. Скласти схему лікування хворих з різними формами післятромбофлебітичним синдромом; 2. Схема консервативної терапії; 3. Визначити показання та протипоказання до оперативного лікування хворих з післятромбофлебітичним синдромом; 4. Визначити метод знеболення, ступень операційного ризику; 5. Визначити об'єм оперативного лікування; 6. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді; 8. Визначити профілактику хронічної венозної недостатності.	1.Звернути увагу на проведення консервативного лікування; 2.Звернути увагу на особливості проведення оперативного лікування ПТФС.

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали – додаються.

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи.

Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні методи діагностики та лікування різних форм післятромбофлебітичного синдрому.
2. Диференціальна діагностика набряків нижніх кінцівок.
3. Профілактика прогресування хронічної венозної недостатності при післятромбофлебітичному синдромі.

ТЕМА: ЛІМФЕДЕМА КІНЦІВОК

Кількість навчальних годин: 2.

1. Актуальність теми: Лімфедема в перекладі з латинської мови означає набряк тканин внаслідок застою лімфи. По повідомленню K.Fordi (1982) лімфедема зустрічається у 2,5%, а по даним V.Mashall (1983) – у 3% хворих з ураженням периферійних судин

2. Навчальні цілі:

Студенти повинні **знати** анатомічну будову лімфатичної системи, фізіологічні особливості лімфо обігу, методику обстеження нижніх кінцівок, інструментальні методи обстеження, тактику та способи оперативного лікування.

Вміти проаналізувати основні патофізіологічні процеси та патологоанатомічні зміни, аналізувати додаткові методи дослідження; проводити диференційний діагноз між окремими захворюваннями, визначати тактику лікування.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомі лімфатичних судин нижніх кінцівок, їх будову	-//-
Нормальна фізіологія	Функцію лімфатичних судин нижніх кінцівок	-//-
Патофізіологія	Причини виникнення, механізми розвитку лімфедем кінцівок	Аналізувати причини та наслідок порушень лімфообігу нижніх кінцівок
Внутрішні хвороби	Фізикальні методи обстеження хворих	Проводити посиндромну діагностику захворювань лімфатичних судин нижніх кінцівок. Проводити клінічну, лабораторну, інструментальну діагностику захворювань лімфатичних судин нижніх кінцівок. Проводити диференційну діагностику.

3.2. Зміст теми: (Текст додається).

3.3. Рекомендована література:

Основна (навчальна):

1. «Клінічна хірургія» під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.

Додаткова (наукова):

1. Золлингер, Р. Золлингер Атлас хирургических операций. – М.: Международный медицинский клуб, 1996. – 436 с.

3.4. Орієнтовна картка для самостійної роботи з літературою:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити:		
Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань лімфатичних судин нижніх кінцівок.	
Клініку	Визначити клінічні прояви лімфедемі.	
Діагностику	Дати перелік клінічних та додаткових методів обстеження хворих з лімфедемою.	

Лікування	Методи консервативного та оперативного лікування лімфедми.	
Профілактику	Методи профілактики типових ускладнень.	

3.5. Матеріали для самоконтролю:

А. Питання для самоконтролю:

1. Анатомі лімфатичних судин нижніх кінцівок.
2. Визначення лімфедми.
3. Причини виникнення лімфедми.
4. Класифікація лімфедми.
5. Патогенез слоновості.
6. Симптоми слоновості.
7. Додаткові методи обстеження.
8. Лікування слоновості.
9. Патогенез лімфостазу.
10. Лікування лімфостазу.
11. Диференційна діагностика лімфедми кінцівок та ПТФС.

Б. Тести для самоконтролю:

1 рівень.

1. Після яких захворювань найбільш часто виникає слоновість:
 - а) псоріаз;
 - б) облітеруючий атеросклероз;
 - в) бешиха;
 - г) ревматоїдний поліартрит;
 - д) екзема.
2. Основна ознака слоновості:
 - а) біль;
 - б) нездужання;
 - в) збільшення об'єму тканин ураженої кінцівки;
 - г) оніміння кінцівки;
 - д) підвищення температури тіла.
3. Найефективніший метод діагностики лімфедми кінцівок:
 - а) флебографія;
 - б) реовазографія;
 - в) рентгенографія кісток кінцівки;
 - г) лімфографія;
 - д) лімфоаденографія.
4. Лікування лімфостазу:
 - а) підвищення положення кінцівки;
 - б) постійне еластичне бинтування
 - в) призначення антикоагулянтів;
 - г) призначення антибіотиків;
 - д) хірургічна операція.
5. Ознака лімфедми на ураженій кінцівці:
 - а) синюшність шкіри;
 - б) пігментація шкіри;
 - в) екзематизація;
 - г) гіперкератоз;
 - д) трофічні виразки.
6. Консервативне лікування слоновості включає:
 - а) підвищення положення кінцівки;
 - б) постійне еластичне бинтування;

- в) призначення антикоагулянтів та антибіотиків;
 - г) а і б;
 - д) а, б і в
7. Операції, які проміняють при лімфедемі кінцівки:
- а) операція Літмана;
 - б) операція Бебкока;
 - в) видалення зміненої підшкірної клітковини разом з глибокою фасцією
 - г) операція Коккета ??
 - д) створення лімфо-венозних анастомозів.
8. Які препарати відносяться до прямих антикоагулянтів:
- а) депралекс;
 - б) фраксипарин;
 - в) гепарин;
 - г) варфарин;
 - д) фенілін
9. Назвіть клінічні критерії характерні для лімфадемії нижніх кінцівок:
- а) набряк;
 - б) гіперемія шкіри;
 - в) біль;
 - г) синюшність шкіри;
 - д) відсутність тактильної чутливості.
10. Які препарати відносяться до низькомолекулярних гепаринів:
- а) варфарин;
 - б) гепарин;
 - в) клексан;
 - г) фенілін;
 - д) фраксипарин.

Правильні відповіді: 1-в; 2-в; 3-д; 4-д; 5-г; 6-д; 7-в і д; 8-б,в; 9-а,б,в; 10-в,д

В. Задачі для самоконтролю:

1. Хврий Н. 42 р. знаходився в довготривалому відрядженні в одній з тропічних країн. Звернувся зі скаргами на потовщення та деформацію кінцівок, відчуття важкості в ній, оніміння, стріляючий біль, нездужання. Про яке захворювання можна думати?

- а) Ревматоїдний поліартрит;
- б) Облітеруючий атеросклероз;
- в) ПТФГС;
- г) Слоновість;
- д) Неврит великогомілкового нерву.

2. Хвора С., 54р. в онкодиспансері виконана мастопатія. В післяопераційному періоді з'явився набряк шкіри лівої нижньої кінцівки, гіперемія, підвищення температури тіла. Яке ускладнення у хворої?

- а) Гематома;
- б) Лімфостаз;
- в) Віддалені метастази в кінцівку;
- г) Тромбоз;
- д) Гострий тромбофлебіт.

3. Хвора М., 49 р. страждає слоновістю близько 4 років. Періодично лікується в хірургічному відділенні ЦРЛ. Поступила в судинне відділення зі скаргами на підвищення температури тіла, гіперемію та збільшення набряку шкіри. Має місце рецидив бешихи. Складіть план лікування.

4. Хворий В., 74 р. після перенесеної бешихи 6 років страждає на слоновість. Також хворий страждає на хронічну серцево-судинну недостатність, післяінфарктний кардіосклероз, гіпертонічну хворобу III ст. Визначити тактику лікування.

5. Хвора Р., 62 р. близько 30 років страждає варикозним розширенням вен. Захворювання ускладнилось тромбофлебітом і виразками гомілки. Останнім часом помітила набряк кінцівки. Про які захворювання можна думати. Які обстеження необхідно провести для диференційного діагнозу?

Правильні відповіді на задачі: 1-г; 2-б;

3. Хворій показане підвищене положення кінцівок, постійне еластичне бинтування, призначення антикоагулянтів та антибіотиків. У випадку розростання та індурації сполучної тканини доцільно застосувати хірургічне лікування.

4. Хворому показане комплексне консервативне лікування. Операція протипоказана через виражену супутню патологію серцево-судинної системи.

5. У даної хворої можливий розвиток ПТФС або слоновості. Для проведення диференціального діагнозу необхідно виконати флебографію, лімфоангіографію, лімфоаденографію.

4. Матеріали для аудиторної самотійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти методами збору анамнезу у хворих з лімфедемою нижніх кінцівок;
- мати навички в діагностуванні ;
- провести диференційну діагностику лімфедими нижніх кінцівок з іншими захворюваннями;

4.2. Професійні алгоритми щодо опанування навичками та вміннями:

Завдання	Вказівки	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з лімфедемою нижніх кінцівок	1. Зібрати анамнез 2. Провести об'єктивне обстеження хворого. 3. Провести лабораторні обстеження. 4. Провести додаткові інструментальні обстеження (рентген-контрастна лімфоаденографія, лімфоангіографія, флебографія, рентегографія кісток кінцівки).	
Провести курацію хворого	1. Схема консервативної терапії при різних формах лімфедими нижніх кінцівок. 2. Визначити показання та об'єм оперативного прийому. 3. Скласти схему ведення хворого в післяопераційному періоді.	

4.3. Навчальні задачі, тести, завдання, що доповнюють самотійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

Комп'ютерні тестові програми додаються

5. Матеріали післяаудиторної самотійної роботи. Тематика науково-дослідної роботи студентів.

1. Сучасні методи діагностики та лікування лімфедими нижніх кінцівок.
2. Профілактика лімфедими нижніх кінцівок.

ТЕМА: ПІДГОТОВКА ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ.

I. Передмова до розгляду теми та викладу методичних вказівок.

З 2009-2010 навчального року вивчення хірургічних хвороб здійснюється за модульною системою. Цим заходом підготовка майбутніх фахівців здійснюватиметься за методикою вищих медичних навчальних закладів Європи. Ідея про підготовку фахівців за визнаною світовою спільнотою методикою, що робить загально визнаним диплом фахівця, підготовленого в ВУЗах України. Це світова практика, що відкриває взаємоприйнятність та взаємозбагачення організації підготовки праці лікарів у міжнаціональному, міждержавному плані. Це дозволить ефективно впровадженню в роботу лікарень передових світових технологій, протоколів дослідження та лікування хворих, опрацьованих світовою медичною спільнотою. У зв'язку зі сказаним УОЗ України разом з кабінетом з вищої медичної освіти у 2008 р підготовлено наскрізну навчальну програму з хірургії для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації з розділу „Хірургія”. Програмою передбачено перехід на модульну систему вивчення хірургії у Вищому медичному навчальному державному закладі України відповідно до вимог Болонського процесу.

II. Визначення модулю.

На 5 курсі з розділу „Лікувальна справа” – необхідний для засвоєння матеріал згідно програми занять об'єднано у модуль-2. Він включає торакальну, серцево-судинну, ендокринну хірургію.

Виділено з цього переліку два змістовних модулі:

1. Грудна, серцева, ендокринна хірургія.
2. Судинна хірургія.

Відведено для цього всього 144 годин, 4,8-кредит. З відведеного часу лекцій - 10, практичних занять – 78. Самостійна робота студентів 56 годин. Для підсумкового модульного контролю з загального ліміту визначено 4 години.

Рекомендовано застосувати наступні методи визначення рівня підготовки студентів. В процесі навчання:

1. Відповіді на контрольні запитання.
2. Комп'ютерні тести.
3. Розв'язання клінічних ситуаційних задач.
4. Оцінка та трактування клініко-лабораторних та інструментальних обстежень.
5. Контроль оволодіння практичними навичками та елементами лікарської техніки під час курації хворих.

III. Види навчальної діяльності студентів.

Навчальна діяльність студентів передбачає лекції, практичні заняття, самостійну роботу студентів.

Практичні заняття передбачають:

1. Курацію хворих.
2. Дослідження хворих з хірургічною патологією.
3. Дослідження функціонального стану життєво важливих органів і систем пацієнта.
4. Практичне використання хірургічних методів діагностики та лікування.
5. Вирішення клінічних ситуаційних задач і тестів.
6. Оволодіння системами лікарської техніки на хворих, муляжах.
7. Оволодіння навичками оперативної техніки під час оперативних втручань та роботи у перев'язувальній.

IV. Види самостійної роботи студентів та її контроль у модулю 2.

№ п/п	ТЕМА	Кількість годин	Вид контролю
1.	Підготовка до практичних занять – теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок	20	Поточний контроль на практичних заняттях
2.	Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять: Діабетична стопа. Сучасні методи стентування судин. Ендоскопічне аорто-коронарне шунтування. Алотрансплантати в судинній хірургії. Лазерна хірургія в ангиології.	20	Підсумковий модульний контроль
3.	Індивідуальна самостійна робота студентів за однією з тем за вибором: Огляд наукової літератури за вибором.	6	Поточний контроль на практичних заняттях
4.	Підготовка до підсумкового модульного контролю.	10	Підсумковий модульний контроль
	РАЗОМ	56	

V. Структура залікового кредиту – модулю 2
Тематичний план лекцій модулю 2

№	Тема	Кількість годин
1.	Хірургічна патологія дихальної системи	
2.	Сучасні методи дослідження серцево-судинної системи	
3.	Хірургічна ендокринологія	
4.	Захворювання молочної залози	
5.	Сучасні методи лікування тромбоемболії легеневої артерії	2
6.	Набуті вади серця. Вибір методу лікування.	
7.	Ішемічна хвороба серця. Методи хірургічного лікування.	2
8.	Клініка, діагностика та лікування облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок і тазу	2
9.	Аневризми аорти. Клініка, діагностика, лікування	2
10.	Діагностика і лікування гострих та хронічних захворювань периферійних вен верхньої та нижньої кінцівок	2
	Разом	10

Тематичний план практичних занять модулю 2

№	Тема	Кількість годин
Змістовий модуль 3. ГРУДНА, СЕРЦЕВА, ЕНДОКРИННА ХІРУРГІЯ		
1.	Травми грудної клітки. Класифікація. Ранні та пізні ускладнення. Диференціальна діагностика. Перша лікарська допомога і тактика лікування.	6
2.	Гнійні захворювання легень і плеври. Абсцес і гангрена легень, бронхоектатична хвороба. Гостра і хронічна емпієма плеври, піопневмоторакс. Особливості клінічного перебігу. Диференціальна діагностика. Методи консервативного та хірургічного лікування.	4
3.	Сучасні методи діагностики, малоінвазивного оперативного лікування захворювань серця.	4
4.	Набуті вади серця. Класифікація. Діагностика. Покази до хірургічного лікування. Методи оперативних втручань. Ускладнення.	4

5.	Ішемічна хвороба серця. Діагностика. Покази до хірургічного лікування. Методи оперативних втручань.	4
6.	Інфаркт міокарда, аневризма серця, порушення провідності. Покази до хірургічного лікування. Методи оперативних втручань.	4
7.	Захворювання межистіння. Класифікація. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи хірургічного лікування. Захворювання та травми стравоходу.	4
8.	Еутиреоїдний і токсичний зоб. Класифікація. Спеціальні методи дослідження. Діагностика. Диференціальна діагностика. Передопераційна підготовка. Хірургічне лікування.	4
9.	Захворювання молочної залози (дисгормональні, пухлинні). Мастит.	4
Змістовий модуль 4. СУДИННА ХІРУРГІЯ		
10.	Артеріальні тромбози і емболії.	4
11.	Класифікація гострої ішемії кінцівок. Клінічні стадії перебігу. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи хірургічного лікування.	4
12.	Тромбоемболія легеневої артерії. Клініка, діагностика, лікування. Засоби профілактики.	4
13.	Абдомінальний ішемічний синдром. Клінічні варіанти перебігу. Діагностика. Диференційна діагностика. Ускладнення. Методи консервативного лікування. Профілактика. Реабілітація.	4
14.	Хронічна ішемія нижніх кінцівок. Облітеруючий атеросклероз і ендартеріїт. Класифікація хронічної і рівнів оклюзії аорти та артерій нижніх кінцівок.	4
15.	Варикозне розширення нижніх кінцівок. Класифікація. Ускладнення. Діагностика. Спеціальні методи дослідження. Методи хірургічного лікування.	4
16.	Тромбози магістральних вен. Класифікація. Клініка. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи консервативного і хірургічного лікування.	4
17.	Післятромбофлебітичний синдром. Класифікація. Діагностика. Консервативні і хірургічні методи лікування.	4
18.	Лімфадема кінцівок. Форми захворювання. Клініка. Діагностика. Варіанти клінічного перебігу. Консервативне і хірургічне лікування.	4
	Всього	78

VI. Порядок та глибина викладу матеріалу студентами при заліку.

Якщо під час відповіді не буде вказано на інший порядок викладу розділу, то його варто викладати в такій послідовності:

Актуальність теми: захворюваність населення, поширення хвороби, можливості раннього розпізнання. Програма лікування. Консервативне лікування. Показання до операції. Можливі ускладнення. Обов'язково вказати методи попередження тромбозів та емболій. Реабілітація хворих. Експертиза працездатності.

Підсумковий модульний контроль передбачається проводити письмово. Студентам буде запропоновано відповісти на запитання. Вони приведені у вигляді блоку, що вміщує задачі різного рівня засвоєння знань та відповідь на запитання з розділу вивченої теми.

Задача, що відтворює перший рівень засвоєння знань передбачає серед поданих ознак вказати одну характерну – впізнати матеріал.

Задача другого рівня передбачає визначення репродуктивних теоретичних знань та здатність студента використати їх знання в розв'язанні стандартних типових задач.

Планування задач передбачає використання термінів „знати”, „вміти”. Наприклад, назвати етіологію, патогенез, клініку захворювання. Приклад: з перерахованих симптомів вибрати характерний для даного захворювання.

Задачі, що виявляють засвоєння знань III рівня. За характером вимог це задачі, для визначення рівня професійних навичок та вмінь. Задачі цього рівня засвоєння можуть передбачати методику дослідження, техніку проведення... Вміти здійснити. Установити діагноз. Скласти програму лікування. Надати невідкладну допомогу у нестандартних ситуаціях.

VI рівень засвоєння знань. Передбачає можливість розв'язання студентами поглиблених ситуаційних задач. В основі цієї дії студента – знаходження нових знань або способів дії.

VII. Оцінка знань студентів.

Розподіл балів, які присвоюють студентам в модулі 2.

№ п/п	Модуль 2 (поточна навчальна діяльність)	Максимальна кількість балів
	Змістовий модуль 3	15
1.	Тема 16	15
2.	Тема 17	15
3.	Тема 18	15
4.	Тема 19	15
5.	Тема 20	15
6.	Змістовий модуль 4	
7.	Тема 21	15
8.	Тема 22	15
	Разом змістові модулі	120
	Підсумковий модульний контроль, в тому числі:	80
	РАЗОМ сума балів	200

Примітка: При засвоєнні теми за традиційною системою студенту присвоюються бали: „5” – 15 балів, „4” – 12 балів, „3” – 9 балів, „2” – 0 балів.

Максимальна кількість балів за поточну навчальну діяльність студента – 120.

Студент допускається до підсумкового модульного контролю при умові виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він набрав не менше 105 балів (7x15).

Підсумковий модульний контроль зараховується студенту, якщо він набрав не менше 50 балів з 80 балів.

Рекомендована література:

1. –Хирургические болезни” под редакцией М. И. Кузина // М.: –Медицина”. – 1987.
2. –Клінічна хірургія” під редакцією Ковальчука. // Тернопіль, 2002.
3. Ковальчук Л.Я. Спіженко Ю.П., Саенко В.Ф. та ін. Шпитальна хірургія. // Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
4. «Хірургічні хвороби». За редакцією П.Г.Кондратенко // Х. «Факт».- 2006.- 816 с.
5. Шидловський М.З. Факультетська хірургія // Тернопіль, 2002.
6. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина».- 2006.- 654 с.

ТЕМА: САМОСТІЙНЕ ОПРАЦЮВАННЯ ТЕМ, ЯКІ НЕ ВХОДЯТЬ ДО ПЛАНУ АУДИТОРНИХ ЗАНЯТЬ

1. Діабетична стопа

2. Сучасні методи стентування судин.
3. Ендоскопічне аорто-коронарне шунтування.
4. Алотрансплантати в судинній хірургії.
5. Лазерна хірургія в ангиології.

I. Передмова до вказівок.

При самостійному опрацюванні тем студенти повинні бути готові сприймати зміст навчання, усвідомити вивчене, засвоїти та шляхом тренінгу закріпити практичні навички стосовно вивченої теми. Звідси необхідність ретельної та послідовної підготовки до заняття.

Послідовність підготовки до заняття має бути вибудована у ряд логічних та осмислених дій. Кожна з них має мету, кінцеву ціль і сприяє осмисленню клінічної теми.

II. Обґрунтування теми.

При самостійному опрацюванні нового розділу студент має чітко відповісти на такі запитання. Захворюваність на дану патологію. Медична та соціальна значимість захворювання. Поширеність захворювання. Згадане визначається частотою захворювання, труднощами діагностики, поєднанням засобів лікування; реабілітацією; виходом захворювання; тривала тимчасова втрата працездатності; можливою інвалідністю; летальністю соціальною небезпечністю хвороби.

Усе це визначає соціальну та медичну проблему захворювання, яку в кінцевому варіанті терпить суспільство. Витрачаються суспільні блага. Хворий та його оточення на період перебігу недугу виключаються з процесу суспільного виробництва. Визначення суспільної закономірності виникнення захворювань змушує суспільство перерозподілити матеріальні засоби з метою усунення факторів ризику захворювання.

Оцінити перевагу сучасних нових методик лікування хірургічної патології та опанувати елементами цих методик:

- сучасні методи лікування діабетичної стопи;
- сучасні методи стентування судин;
- ендоскопічне аорто-коронарне шунтування;
- алотрансплантати в судинній хірургії;
- лазерна хірургія в ангиології.

III. Мета самопідготовки до заняття.

Загальна: Навчитися діагностувати захворювання; сформулювати програму сучасних методів діагностики, лікування. Чітко вибудувати етапи реабілітації хворого.

Конкретна: Студенти повинні **знати:** Базові знання з анатомії, фізіології.

1. Типові скарги хворих при кожному захворюванні.
2. Клінічні прояви захворювання.
3. Характерні окремі симптоми даного захворювання.
4. Стадії перебігу захворювання.
5. Основні та додаткові методи обстеження.
6. Основні методи лікування.
7. Типові ускладнення прогресуючої патології та лікувальні заходи.
8. Принципи організації реабілітації хворих.
9. Визначити сутність методики стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерного лікування судинної патології та застосування алотрансплантатів в судинній хірургії.
10. Необхідне устаткування та медична література для проведення лікування діабетичної стопи, стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерної терапії артеріальної та венозної патології та сучасні алотрансплантати. Показання та протипоказання для застосування цих методик. Переваги сучасних методик стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерного лікування судинної патології та застосування алотрансплантатів в судинній хірургії над альтернативними методами.

Вміти:

- 1) Зібрати анамнез захворювання.
- 2) Виконати фізикальне обстеження хворого: перкусію, пальпацію, аускультацию, пальцеве дослідження прямої кишки.
- 3) Скласти план обстеження хворого.
- 4) Організувати підготовку хворого до проведення інструментальних обстежень: УЗД, КТ, МРТ.
- 5) Скласти план і програму лікування.
- 6) Сформулювати показання до хірургічного лікування.

IV. Граф логічної структури.

При самопідготовці до заняття важливо в'яснити, що це комплекс діагностичних заходів та використовуваних засобів побудованих у строгій послідовності з метою розпізнання певної патології та її лікування. Ці заходи не повинні заважати один одному, не підміняти собою іншого, виконуватися у строгій послідовності. Таке логічне виконання досліджень обов'язково приведе до визначення діагнозу. Тому в графлогічну структуру при самопідготовці необхідно включити сутність методики стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерного лікування судинної патології та застосування алотрансплантатів в судинній хірургії. Цілковито зрозуміло, що побудова графлогічної структури вимагає знання етіопатогенезу, теорії виникнення захворювання, клінічний перебіг, послідовне призначення та виконання обстежень, вірну трактовку отриманих даних обстеження, лікування.

На сучасному етапі на основі графологічної структури в лікарняних закладах запроваджуються протоколи обстеження та лікування при кожному захворюванні на основі загальноприйнятих стандартів. Цілковито зрозуміло, що для широкого впровадження останніх у життя необхідна жорстка умова – відповідність матеріальної бази лікувального закладу, спроможність його служб виконати фіксовані умови. Тож поки-що йдеться про алгоритм діагностики та лікування, що включають знання етіопатогенезу, послідовності діагностичних заходів, вірну трактовку отриманих даних обстеження, врахування клінічного перебігу, можливі ускладнення, лікування – консервативне та оперативне. Усе перераховане студент повинен чітко осмислити стосовно опанованого матеріалу, вивченої теми, окремої нозологічної форми захворювання.

V. Матеріальне та методичне забезпечення теми.

1. Перш за все, приступаючи до вивчення окремої теми занять, студент повинен опрацювати графлогічні структури, вибудувати послідовність праці з хворою людиною. Звичайно це буде збирання анамнезу, фізикальне обстеження хворого, визначення та побудова у сувору послідовність лабораторних та інструментальних методів обстеження, їх трактовка, Формування попереднього діагнозу, що логічно впливає з отриманих даних – анамнезу, фізикальних методів обстеження, лабораторних та інструментальних, осмислити програму лікування. Вона має бути етіопатогенетичною: консервативне чи оперативне лікування.

2. Студент повинен ознайомитися з методичними рекомендаціями.

3. Мати у розпорядженні літературу по матеріальному забезпеченню необхідною апаратурою методик:

- а) Лікування діабетичної стопи;
- б) Сучасні методи стентування судин;
- в) Ендоскопічне аорто-коронарне шунтування;
- г) Алотрансплантати в судинній хірургії;
- д) Лазерна хірургія в ангіології.

Навчальна література:

1. Хирургические болезни под редакцией М. И. Кузина. М.: –Медицина”. – 1987.
2. Клінічна хірургія під редакцією Ковальчука. – Тернопіль, 2002.
3. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
4. Шпитальна хірургія: Підручник /За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.

5. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина». – 2006. – 654 с.

6. Конспект лекцій.

VI. Орієнтовна картка роботи студента.

Послідовність дій	Орієнтовна основа дій	Самоконтроль
<p>Вихідні дані: а) скарги і анамнез захворювання;</p> <p>б) об'єктивне дослідження</p>	<p>Розпочати збір анамнезу варто з першого дня захворювання. Вияснити перші скарги. Їх поступове наростання. Кожній скарзі вірно визначити пояснення. Об'єднати їх у синдромокомплекс і постаратися визначити, яке найбільш ймовірне захворювання може його спричинити.</p> <p>Неврологічний анамнез.</p> <p>Вияснить психо-емоційний стан хворого. Його відношення до розладу здоров'я.</p> <p>Хворий має вільно розміщуватися на кушетці (ліжку). Варто допомагати йому розслабитися. Огляд має здійснюватися за системою ABCDE – «від голови до ніг». При цьому має виконуватися пальпація, перкусія та аускультация. Останнім варто оглянути місце локалізації процесу. Жодне знайдене відхилення від норми не повинно обійтися без уваги та логічного обґрунтування.</p>	<p>Уточніть характер симптомів та синдромів з курсу загальної та факультетської хірургії. Зверніться до допоміжної літератури.</p> <p>Ряд симптомів можуть спричинити ураження периферичної нервової системи. Симптоми ураження можуть маскувати природу захворювання.</p> <p>Розлади психоемоційного стану можуть підсилювати визначену симптоматику і вносити плутанину в процес аналізу та синтезу отриманих даних.</p> <p>Варто уточнити правила огляду, пальпації, аускультация, перкусії окремих ділянок тіла з курсу пропедевтики внутрішніх хвороб. Перевірити правила проведення та оцінки специфічних об'єктивних симптомів при хірургічних захворюваннях. Запам'ятати найбільш інформативні симптоми, які можуть впливати на визначення стадії, ступеня захворювання та подальшої тактики лікування хворого.</p>
<p>Попередній діагноз</p>	<p>При формуванні попереднього діагнозу варто знати анамнез захворювання, послідовність появи симптомів. Дані фізикального та попереднього лабораторного, інструментального обстеження. При цілому ряді захворювань типові скарги і прояви можуть змінювати характер. В попередньому діагнозі варто виділити головну причину захворювання, можливі ускладнення.</p>	<p>Симптоматика захворювання може проявлятися змінами, проявами, симптомами, віддаленими від основного осередку процесу. Варто уточнити у відповідних посібниках таку можливість. Використайте це при формуванні діагнозу.</p>
<p>Обстеження</p>	<p>При визначенні обстеження краще користуватися протоколами обстеження хворого при даному захворюванні.</p>	<p>Варто уникати надмірної схеми обстежень. Загально клінічні обстеження, що не несуть інформації про основну хворобу допускається повторювати через 8-10 діб.</p>
<p>Клінічний діагноз</p>	<p>Для формування клінічного діагнозу положенням про рекомендовану діяльність стаціонару відводиться 3 доби. Визначений діагноз регламентується датою встановлення.</p> <p>Клінічному діагнозу передують лабораторне та інструментальне обстеження. Об'єм його визначається затвердженими протоколами обстеження та лікування хворого при даній патології. Клінічний діагноз має бути етіопатогенетичним. Впливати з числа запропонованих протоколами для відповідних захворювань. Повинен містити локалізацію процесу, стадію розвитку, функціональні розлади.</p>	<p>Варто уточнити діагноз з таким, що пропонується міжнародною класифікацією причин захворювання та смерті (10 видання). Адже винесений діагноз необхідний буде для статистичного обліку.</p>
<p>Програма лікування: - терапевтичне; - оперативне; - ведення післяопераційного періоду.</p>	<p>При формуванні програми консервативного лікування варто брати до уваги протоколи лікування. При виборі засобів лікування слід враховувати мету призначення, дози, частоту введення, можливі побічні дії, бажаний ефект. Потрібно коригувати лікарські призначення в залежності від зміни стану хворого.</p> <p>Оперативне лікування. Кожне втручання передбачає перш за все усунення основної причини</p>	<p>Програма лікування будується на етіопатогенетичній основі з урахуванням особливостей кожного хворого.</p>

	<p>захворювання та його ускладнень. Об'єм втручання визначається під час операції та має бути оптимальним в залежності від діагнозу, стадії захворювання, вираженості місцевих змін. Варто враховувати вплив операції на гомеостаз, серцево-легеневу систему та інші чинники.</p> <p>Раннім післяопераційним періодом вважається перші 14 діб. За цей період варто досягти відновлення функції всіх органів та систем організму. Вразі ускладнень слід коригувати консервативну терапію в залежності від стану хворого.</p>	
--	---	--

VII. Запитання для самоконтролю знань.

Здійснюючи самопідготовку до заняття з визначеної теми студент має після закінчення підготовки сформулювати для себе запитання, на які йому доведеться відповідати у процесі праці з хворою людиною та на підсумковому етапі при закінченні вивчення теми. Питання мають стосуватися таких розділів:

1. Етіологія та патогенез захворювання.
2. Симптоматика захворювання.
3. Клінічний перебіг хвороби.
4. Можливі ускладнення.
5. Протокол обстеження хворого.
6. Формулювання діагнозу.
7. Протокол лікування: консервативне і оперативне.
8. Сутність методик лікування діабетичної стопи, стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, застосування алотрансплантатів в судинній хірургії, лазерної хірургії в ангіології.
9. Необхідна медична апаратура для лікування діабетичної стопи, стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, застосування алотрансплантатів в судинній хірургії, лазерної хірургії в ангіології.
10. Сучасні алотрансплантати судин.
11. Показання до застосування стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерної хірургії в ангіології.
12. Протипоказання до застосування стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазерної хірургії в ангіології.
13. Переваги сучасних методик лікування діабетичної стопи, стентування судин, ендоскопічного аорто-коронарного шунтування, лазеротерапії над альтернативними методами
14. Можливі ускладнення під час операції.
15. Можливі післяопераційні ускладнення.
16. Реабілітація хворих.
17. Визначення працездатності.

VIII. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань.

Мета розв'язання запропонованих задач – закріпити отримані знання. Формування їх будують на вмінні об'єднати симптоми з метою діагностики. Визначити тактику лікування. Запропонувати оперативне втручання. Розпізнати ускладнення.

IX. Визначення переліку практичних навичок при самостійному вивченні теми.

Одна з головних цілей практичних навичок – закріпити методику збирання анамнезу захворювання. Після знайомства з хворим йому пропонується викласти скарги. Варто пам'ятати, що хворі можуть виказувати скарги й такі, що не мають відношення до хворобливих явищ, спричинених появою хвороби. Студент повинен це чітко зафіксувати і направити розмову у необхідне русло. Навички фізикального обстеження мають загальний характер, але у кожному окремому випадку повинні виконуватися дії, що уточнюють, локалізують, обмежують процес

певною ділянкою. Після цього дослідник обмежується методами, що пропонуються для даної ділянки, органу тіла.

Практичні навички мають передбачити такі розділи:

1. Визначення головних симптомів захворювання.
2. Тренінг фізі кальних методів обстеження.
3. Трактовку лабораторних та інструментальних методів обстеження.
4. Визначення характеру оперативних втручань.
5. Визначення переваг окремих хірургічних доступів.
6. Характер втручання.
7. Складання програми післяопераційної терапії.
8. Реабілітація хворих.
9. Працездатність хворих.

Х. Література:

«Діабетична стопа».

1. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
2. Шпитальна хірургія: Підручник / За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.
3. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В.Покровського. В двух томах.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 888 с.
4. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом. И.И.Сухарев – Киев – 1995. 299с.
5. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина». – 2006. – 654 с.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. — Универсум Паб-лишинг, 2003. — С. 269-78.
7. Дедов И.И., О.В. Удовиченко, Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. — Практическая Медицина, 2005. — С. 48-57.
8. Уоткинс П. Дж. Сахарный диабет / 2-е изд. - Пер. с англ. М.: Издательство БИНОМ, 2006. - 134 с, ил.
9. Бойчак О.В., Климнюк С.І., Цицюра Р.І. Деякі екологічні особливості мікрофлори нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет // Шпитальна хірургія, 2002.– №4.– С. 18-21.
10. Синдром стопа діабетика. Діагностика. Клініка. Лікування. /Ляпіс М.О., Климнюк С.І., Герасимчук П.О., Полоус Ю.М., Бойчак О.В. // Здобутки клініч. та експерим. мед.– Тернопіль: Укрмедкнига. – 2001.– Вип. 6.– С. 6-10.
11. Астахов И. Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическими поражениями стопы. // Хирургия. – 2001. – N 12. – С. 39-41.
12. Лохвицкий С. В., Исмаилов Ж. К., Морозов Е. С. Хирургия гнойной раны стопы. // Хирургия. – 2001.

«Сучасні методи стентування судин».

1. Бабунашвили А.М. Эндопротезирование (стентирование) венечных артерий сердца. М.2001.
2. Алекаян Б. Г., Спиридонов А.А., Харпунов В.Ф., Данилов Е.Ю., Тутов Е.Г., Гаджиев А.А., Зеленикин М.А., Шарыкин А.С., Шумилина М.В., Митина И.Н., Бабушкин А. Н. "Транслюминальна баллонная ангиопластика и стентирование при лечении коарктации и рекоарктации аорты." Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, N3, 1996 стр. 117-121.
3. Петросян Ю.С., Алекаян Б.Г. Эндоваскулярная рентгенохирургия в лечении врожденных пороков сердца. Грудная хирургия 1990, 9: 3-13.
4. Шахнович А., Шатц Р. Расширяемые баллонные стенты Палмац-Шатц для коронарного протезирования. - 1996. - 59 с.
5. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. В 3-х томах. Под ред Бокерия Л. А., Алекаяна Б. Г.
6. Белов Ю.Б., Султанян Т.Л., Баяндин Н.Л., Косенков А.Н. Тактика хирургического лечения больных с поражениями коронарных, брахицефальных артерий и артерий нижних конечно-

- стей. Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии. Тез. междунар. конф. М 1995; 8.
7. Гулевская Т.С., Моргунов В.А., Верещагин Н.В. и др. Симптомные и асимптомные атеросклеротические бляшки внутренней сонной артерии. Неврол журн 1999; 2: 12-17.
 8. Зайцев А.Ю., Кикевич В.С., Смирнов В.Е. и др. Стентирование сонных артерий у больных с поражением ветвей дуги аорты. Ангиол и сосуд хир 2000; 6: 2: 89-96.
 9. Зайцев А.Ю., Стойда А.Ю., Смирнов В.Е., Евдокимов А.Г. Стентирование перегиба левой общей сонной артерии в области каротидно-подключичного анастомоза у больной, оперированной по поводу окклюзии левой подключичной артерии. Ангиол и сосуд хир 2003; 9: 1: 125-128.
 10. Зайцев А.Ю., Стойда А.Ю., Щербюк А.Н. и др. Стентирование сонных артерий. Щадящие методы лечения в хирургии. Тез. конф. М 2003; 83-88.
 11. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей.
 12. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
 13. Шпитальна хірургія: Підручник /За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.
 14. Клиническая ангиология: Руководство /Под ред. А.В.Покровського. В двух томах.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 888 с.
 15. Дебейки М., Готто-младший А. Новая жизнь сердца: пер. с англ./ Под ред.член-корр РАМН проф. Р.С.Акчурина. – М.:ГЭОТАР Медицина, 1998. – 500с.
 16. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство/ В.И.Бураковский, Л.А.Бокерия и др.; под ред. акад. АМН СССР В.И.Бураковского, проф. Л.А.Бокерия. – М.: Медицина, 1989. – 752с.: ил. **«Ендоскопічне аорто-коронарне шунтування»**
 1. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
 2. Шпитальна хірургія: Підручник /За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.
 3. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство/ В.И.Бураковский, Л.А.Бокерия и др.; под ред. акад. АМН СССР В.И.Бураковского, проф. Л.А.Бокерия. – М.: Медицина, 1989. – 752с.: ил.
 4. С.Д. Климовский. Топографо-анатомическое обоснование доступов для малоинвазивного шунтирования коронарных артерий.– М, 2006
 5. Бакулев А.Н. Хирургическое лечение ишемической болезни. – М., 1965 г.
 6. Дебейки М., Готто-младший А. Новая жизнь сердца: пер. с англ./ Под ред.член-корр РАМН проф. Р.С.Акчурина. – М.:ГЭОТАР Медицина, 1998. – 500с.
 7. Петровский Б.В. и др. Реконструктивные операции на коронарных артериях при ишемической болезни сердца //Хирургия, 1971. - №12. – С.3-8.
 8. Клиническая ангиология: Руководство /Под ред. А.В.Покровського. В двух томах.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 888 с.
 9. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Под ред. Ю.М. Лопухина – М., 2001. **«Алотрансплантати в судинній хірургії»**
 1. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
 2. Шпитальна хірургія: Підручник /За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.
 3. Лебедев Л.В., Плоткин Л.Л., Смирнов А.Д. Протезы кровеносных сосудов. – Л.: Медицина, 1981. – 190с.
 4. Клиническая ангиология: Руководство /Под ред. А.В.Покровського. В двух томах.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 888 с.
 5. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом. И.И.Сухарев – Киев – 1995. 299с.
 6. Захараш М.П. Хірургія // К. «Медицина». – 2006. – 654 с.
- «Лазерна хірургія в ангиології»**
1. Введение в лазерную хирургию. А.И. Наворотин. Учебное пособие. - СПб.: СпецЛит, 1999. - 172 с. -3000 экз.

2. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорський В.А., Кириенко В.И. и др.: Под ре. В.С.Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664с.
3. Клиническая ангиология: Руководство /Под ред. А.В.Покровського. В двух томах.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 888 с.
4. Азизов Г.А., Козлов В.И. «Внутривенное лазерное облучение крови в комплексном лечении заболеваний сосудов нижних конечностей».
5. Хірургічні хвороби: Підручник / За ред. проф. П.Г.Кондратенка. – Х.: Факт, 2006 – 816с.
6. Шпитальна хірургія: Підручник /За ред. Л.Я.Ковальчука, Ю.П.Спіженка, В.Ф.Саєнка та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999 с.