

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М. ГОРЬКОГО**

**КАФЕДРА ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЕНДОСКОПІЇ**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

**ДЛЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ НА ЦИКЛІ «ЕНДОСКОПІЯ»  
для лікарів-інтернів**

**під редакцією професора П.Г. Кондратенко**

**Донецьк – 2006**

**Методичні вказівки для практичних занять на циклі «Ендоскопія» для лікарів-інтернів, під редакцією професора П.Г. Кондратенка**

Методичні вказівки розроблено на кафедрі госпітальної хірургії та ендоскопії Донецького державного медичного університету за метою підготовки інтернів до практичних занять на циклі “Ендоскопія”.

***Колектив авторів:***

проф. П.Г. Кондратенко;

ас. О.А. Стукало;

ас. Є.Є. Раденко

Методичні вказівки затверджені в якості навчально-методичного посібника на засіданні Вченої Ради Донецького державного медичного університету ім. М.Горького.  
Протокол № 5 від 16.06. 2006 р.

**Рецензенти:**

Колкін Я.Г. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри факультетської хірургії з курсом урології ім. К.Т. Овнатаняна Донецького державного медичного університету

Міміношвілі О.І. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри госпітальної хірургії ім. В.М. Богославського Донецького державного медичного університету

© Кафедра госпітальної хірургії та ендоскопії Донецького державного медичного університету ім. М.Горького, 2006 р.

**Тема заняття: Історія розвитку ендоскопії. Клінічна анатомія. Клініка та загальна діагностика захворювань органів шиї, грудної та черевної порожнин, тазу.**

склав асистент кафедри О.А.Стукало

**Актуальність теми.** На сучасному етапі розвитку медицини все більший пріоритет набувають методи ранньої діагностики та малотравматичного лікування. Цим вимогам відповідають ендоскопічні методи дослідження. Сучасний лікар повинен знати ці методи, вміти виставити покази та протипокази до їх використання, інтерпретувати отримані дані. Для цього він має знати анатомічні особливості досліджуваних органів, основні клінічні особливості перебігу захворювань.

**Мета навчання.**

**Загальна мета:** вміти визначити покази та проти покази до призначення основних методів дослідження при патології органів шиї, грудної та черевної порожнини, тазу.

Конкретні цілі навчання:	Вихідний рівень
1. Вміти визначати покази та протипокази до проведення фіб्रोезофагогастроскопії	1. Знати клінічну анатомію органів шиї, грудної та черевної порожнини, тазу. (кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії)
2. Вміти визначати покази та протипокази до проведення бронхоскопії	2. Вміти діагностувати основну патологію органів шиї, грудної та черевної порожнини, тазу. (кафедра госпітальної хірургії та госпітальної терапії)
3. Вміти визначати покази та протипокази до проведення колоноскопії	3. Вміти визначати тактику ведення хворих з основною патологією органів шиї, грудної та черевної порожнини, тазу. (кафедра госпітальної хірургії та госпітальної терапії)
4. Вміти визначати покази та протипокази до проведення інших ендоскопічних методів	
5. Знати будову та принципи роботи ендоскопічного обладнання, призначення додаткових ендоскопічних інструментів	

**Для перевірки початкового рівня знань пропонується вирішити наступні ситуаційні задачі.**

**Задача №1.**

**Хворий К. 50 років**, звернувся до хірургічного закладу з жалобами на наявність болі в епігастральній ділянці, гіперсалівацію, порушення проходження страви,

блювоту, практично після кожного прийому їжі, схуднення, наявність підвищення температури тіла до 37,2 С. Подібні жалоби турбують хворого протягом 3-4 місяців. Звернення перше.

1. Який відділ ШКТ найбільш вірогідно вражений у хворого?
  - 1.1.стравоход
  - 1.2.верхня третина тіла шлунку
  - 1.3.антральний відділ шлунку
  - 1.4.12-пала кишка.
2. Які основні симптоми свідчать про враження стравоходу?
  - 2.1.болі в епігастральній ділянці
  - 2.2.гіперсалівація
  - 2.3.блювоту
  - 2.4.схуднення.
3. Які основні методи дослідження можуть підтвердити діагноз?
  - 3.1.контрастна Ро-графія ШКТ
  - 3.2.жорстка езофагоскопія
  - 3.3.гнучка езофагогастроскопія
  - 3.4.обзорна Ро-графія черевної порожнини
  - 3.5.лапароскопія
  - 3.6.колоноскопія.

### **Задача №2**

**Хвора Н. 72 років** звернулася до медичного закладу в ургентному порядку з жалобами на болі в животі, що носять розлитий характер, з іррадіацією в праву половину грудної клітки, область серця, надпліччя. Болі виникли гостро після прийому їжі. Подібні жалоби виникли вперше. В анамнезі – виразкова хвороба. При об'єктивному огляді – хворий реагує на пальпацію в епігастральній ділянці, печінкова тупість є. Язик сухий. АТ 90/60 мм.рт.ст., пульс 98 в хв. слабого наповнення.

1. Які захворювання найбільш вірогідні у хворій?
  - 1.1.виразкова хвороба шлунка
  - 1.2.гострий холецистит
  - 1.3.гострий панкреатит
  - 1.4.спастичний коліт
  - 1.5.інфаркт міокарду.
2. Назвіть основні методи дослідження для встановлення правильного діагнозу.
  - 2.1.обзорна Ро-графія черевної порожнини
  - 2.2.фіброгастродуоденоскопія
  - 2.3.фіброколоноскопія
  - 2.4.лапароскопія
3. Ендоскопічне дослідження може бути виконане:
  - 3.1.без спеціальної підготовки
  - 3.2.після промивання шлунку
  - 3.3.після аспірації вмісту шлунку
4. Протипоказами до виконання фіброгастродуоденоскопії є:
  - 4.1.біль в животі

4.2.блювота

4.3.пульс більше 98 ударів в хвилину

4.4.АТ нижче 80 мм.рт.ст

### **Задача №3**

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

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. Виразкова хвороба
  - 1.2. Гострий холецистит
  - 1.3. Гострий панкреатит
  - 1.4. Кишкова непрохідність
2. Які методи дослідження необхідні для встановлення діагнозу?
  - 2.1. Обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.2. Фіброгастроскопія
  - 2.3. УЗД
  - 2.4. Діагностична лапаротомія
3. Триваюча кровотеча при ендоскопічному дослідженні являється показом до:
  - 3.1. Екстреної операції
  - 3.2. Комплексної консервативної терапії
  - 3.3. Виконання ендоскопічного гемостазу

Правильна відповідь на тестове завдання №1 – 1.1, 1.2, 2.2, 2.3, 3.1, 3.3.. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.

### **Література для самоконтролю**

Інформацію, необхідну для формування базисних знань-умінь можна знайти в наступних матеріалах.

1. Синельников Р.Д.. Атлас анатомии человека. Т. 1-3. М., “Медицина”, 1978 г
2. Ковальчук Л.Я. Шпитальна хірургія.-Тернопіль, “Укрмедкнига”.-1999р., С 128-137
3. Кузин М.І. Хірургічні хвороби. - М., Медицина.-2000 р. С 602-619.
4. Внутрішні хвороби

### **Зміст навчання**

Після засвоєння необхідних знань-умінь вивчаються наступні матеріали:

1. Савельев В.С. и соавт. Эндоскопия органов брюшной полости.- М., Медицина, 1983.- 247 с.
2. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. Савельева В.С. - М., Медицина, 1985.- 544 с.
3. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с

Теоретичні питання, необхідні для виконання загальних і конкретних цілей:

1. Історія розвитку ендоскопії.
2. Клінічна анатомія органів шиї, грудної та черевної порожнин, тазу.
3. Клініка та загальна діагностика захворювань органів шиї, грудної та черевної порожнин, тазу.
4. Покази та протипокази до проведення основних ендоскопічних методів дослідження.
5. Премедикація, підготовка до обстеження

### Ситуаційні задачі

#### **Задача № 1.**

*Хворий, 52 років*, переніс нервовий зрив, відчув болі за грудиною, біль при ковтанні, відрижку повітрям, втрату у вазі. Через острах болю при ковтанні і блювоти почав відмовлятися від прийому їжі.

1. Який ведучий симптом при постановці діагнозу?
  - 1.1. біль за грудиною
  - 1.2. відрижка
  - 1.3. дисфагія
  - 1.4. втрата у вазі
  - 1.5. слинотеча
2. Визначте основні методи дослідження:
  - 2.1. бронхоскопія
  - 2.2. рентгенографія
  - 2.3. езофагоскопія
3. Використання додаткових методів дослідження показано:
  - 3.1. при наявності екзофітних новоутворень
  - 3.2. при наявності запальних змін
  - 3.3. в кожному випадку

#### **Задача №2.**

*Хворий А. 32 років*. Протягом 2 тижнів скаржиться на болі в лівій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 38-38С, задишку, кашель з гнійною мокротою. Рентгенологічно виявлена тінь з горизонтальним рівнем і наявністю вільної рідини в лівому синусі. Запідозрено абсцес лівой легені, що розкрився в плевральну порожнину.

1. Вкажіть найбільш інформативний метод дослідження для уточнення діагнозу.
  - 1.1.торакаскопія
  - 1.2.бронхоскопія
  - 1.3.комп'ютерна томографія
  - 1.4.УЗД
2. Вкажіть адекватний метод анестезіологічного забезпечення.
  - 2.1.в/венна анестезія
  - 2.2.місцева анестезія
  - 2.3.інгаляційний наркоз
3. Визначте найбільш раціональну лікувальну тактику
  - 3.1.торакотомія, дронування порожнини
  - 3.2.плевральна пункція
  - 3.3.фізіотерапія
  - 3.4.комплексна медикаментозна терапія.

### **Задача №3.**

**Хворий 56 років** скаржиться на наявність нерегулярного стула, наявність крові в калі. Подібні скарги протягом півроку, але останнім часом турбує здуття живота, наявність порушень відходження калу та газів, схуднення.

1. Які методи дослідження найбільш інформативні?
  - 1.1.іррігоскопія
  - 1.2.комп'ютерна томографія
  - 1.3.УЗД
  - 1.4.обзорна рентгенографія.
2. Вкажіть адекватний метод анестезіологічного забезпечення.
  - 2.1. в/венна анестезія
  - 2.2. місцева анестезія
  - 2.3. інгаляційний наркоз
3. Наявність пухлини ободової кишки є показом до:
  - 3.1. екстенної операції
  - 3.2. променевої терапії
  - 3.3. хіміотерапевтичного лікування
  - 3.4. консультації онколога та визначення подальшої тактики

### **Задача №4.**

**Хворий 82 років** скаржиться на болі по всьому животі, затримку відходження стулу та газів, здуття живота. Хворіє протягом 3 діб. В анамнезі ГПМК Об'єктивно – жівіт піддутий, в диханні участі не приймає, реагує на пальпацію в нижніх відділах. ЧД – 25 у хв, АТ 90/70 мм.рт.ст., ЧСС – 100 у хв.

1. Вкажіть метод дослідження, що має бути найбільш ефективним
  - 1.1.фіброгастродуоденоскопія
  - 1.2.колоноскопія
  - 1.3.лапароскопія
2. Вкажіть адекватний метод анестезіологічного забезпечення
  - 2.1. в/венна анестезія
  - 2.2.місцева анестезія

- 2.3. інгаляційний наркоз
- 3. Вкажіть протипокази до виконання лапароскопії.
  - 3.1.ГПМК в анамнезі
  - 3.2.АТ 90/70 мм.рт.ст.
  - 3.3.здуття живота

### **Задача №5.**

**Під час проведення** ендоскопічного дослідження шлунка в полі зору з'явилися краплі води.

- 1. Вкажіть можливі причини цього стану.
  - 1.1.розгерметизація апарату
  - 1.2.забруднення скла окуляру
  - 1.3.відсутній обдув дистального кінця апарату
- 2. Продовження виконання дослідження:
  - 2.1.можливе
  - 2.2.неможливе
  - 2.3.можливе при задовільному стані поля зору

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.3, 2.3, 3.3. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.



**Структура проведення практичного заняття за темою:  
 “ Історія розвитку ендоскопії. Клінічна анатомія. Клініка та загальна  
 діагностика захворювань органів шиї, грудної та черевної порожнин, тазу”.**

Етапи	Час (хв)	Навчальні посібники		Місце проведенн я	При мітк и
		Об’єкти навчання	Устатку- вання		
Клінічна конференція	20			Конференц зал клініки	
Перевірка і корекція вихідного рівня знань	10		Тестові завдання	Навчальна кімната	
Клінічний розбір тематичних хворих. Рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими.	100	Хворі, дані лабораторних і ендоскопічних досліджень.	Ендоскопічна апаратура.	Ендоскопічний кабінет	
		Відеоматеріали	Відеоапаратура		
Підведення підсумків заняття Підсумковий тестовий контроль.	5		Тести	Навчальна кімната	

**Короткі методичні вказівки по проведенню практичного заняття.**

Заняття починається з участі студентів у загальноклінічній лікарській конференції. Після ранкової конференції в навчальній кімнаті проводиться перевірка вихідного рівня знань інтернів за допомогою вирішення тестових завдань. В ендоскопічному кабінеті проводиться клінічний розбір хворих за тематикою навчання. По тим проблемам, що рідко зустрічаються в клінічній практиці викладач знайомить лікарів-інтернів з фото та відеоматеріалами з обов’язковим розбором клінічної ситуації. З метою підведення підсумків заняття проводиться тестовий контроль. Лікарям – інтернам пропонується вирішити тестові завдання формату «А». Викладач перевіряє правильність рішення тестових завдань (по еталоні відповідей) і проводить аналіз роботи кожного лікаря – інтерна на занятті. Для більш поглибленого вивчення теми викладач пропонує самостійне вивчення основної та додаткової літератури.

**Для закріплення наданого матеріалу пропонуємо вирішити тестові завдання**

**Задача № 1.**

*Хворий Н., 19 років, переніс дизентерію. Після виписки з стаціонару скаржиться на біль при ковтанні, спрагу, відчуття стороннього тіла в стравоході. При контрастній рентгеноскопії ШКТ патології не виявлено.*

Поставте попередній діагноз.

- A. Кардіоспазм
- B. Катаральний езофагіт
- C. Дивертикул стравоходу.
- D. Туберкульоз стравоходу.
- E. Медіастеніт

**Задача № 2.**

*Хворий К., 56 років, скаржиться на біль у грудній клітці, велику кількість гнійної мокроти, інтермітуючу лихоманку. Хворіє 10 діб. Аускультативно: жорстке дихання, вологі дрібнопухирчасті і сухі хрипи. В крові: лейкоцитоз, зрушення лейкоцитарної формули вліво. На рентгенограмах: на тлі запальної інфільтрації – округлої форми порожнина з горизонтальним рівнем рідини.*

Який попередній діагноз у хворого?

- A. Гострий абсцес легені.
- B. Хронічний абсцес легені.
- C. Емпієма плеври.
- D. Туберкульоз легень.
- E. Рак легені.

**Задача № 3.**

*Хвора А. 45 років, звернулася в клініку зі скаргами на загальну слабкість, біль в животі, зхуднення, наявність в калі слизу з домішками крові. При ректоскопії виявлений поліп на тонкій ніжці, без ознак запалення.*

Визначте потрібний метод подальшої діагностики?

- A. Колоноскопія
- B. Комп'ютерна томографія
- C. Обзорна рентгенографія
- D. Фіброгастроскопія
- E. Діагностична лапаротомія

**Задача № 4.**

*Хворий С. 34 років, звернувся до урологічної клініки зі скаргами на наявність інтенсивної болі в проєкції сечового міхура, виділення сечі з домішками крові.*

Визначте метод дослідження.

- A. Цистоскопія
- B. Обзорна рентгенографія
- C. Комп'ютерна томографія.
- D. Діагностична лапаротомія
- E. Колоноскопія.

### **Задача №5.**

У хворого В., 34 років, під час проведення ендоскопічного дослідження шлунка виникло психомоторне збудження. Спроби заспокоїти хворого не принесли бажаного результату. Раптом виникло різке погіршення зображення в окулярі апарату, відмічено затемнення половини поля зору.

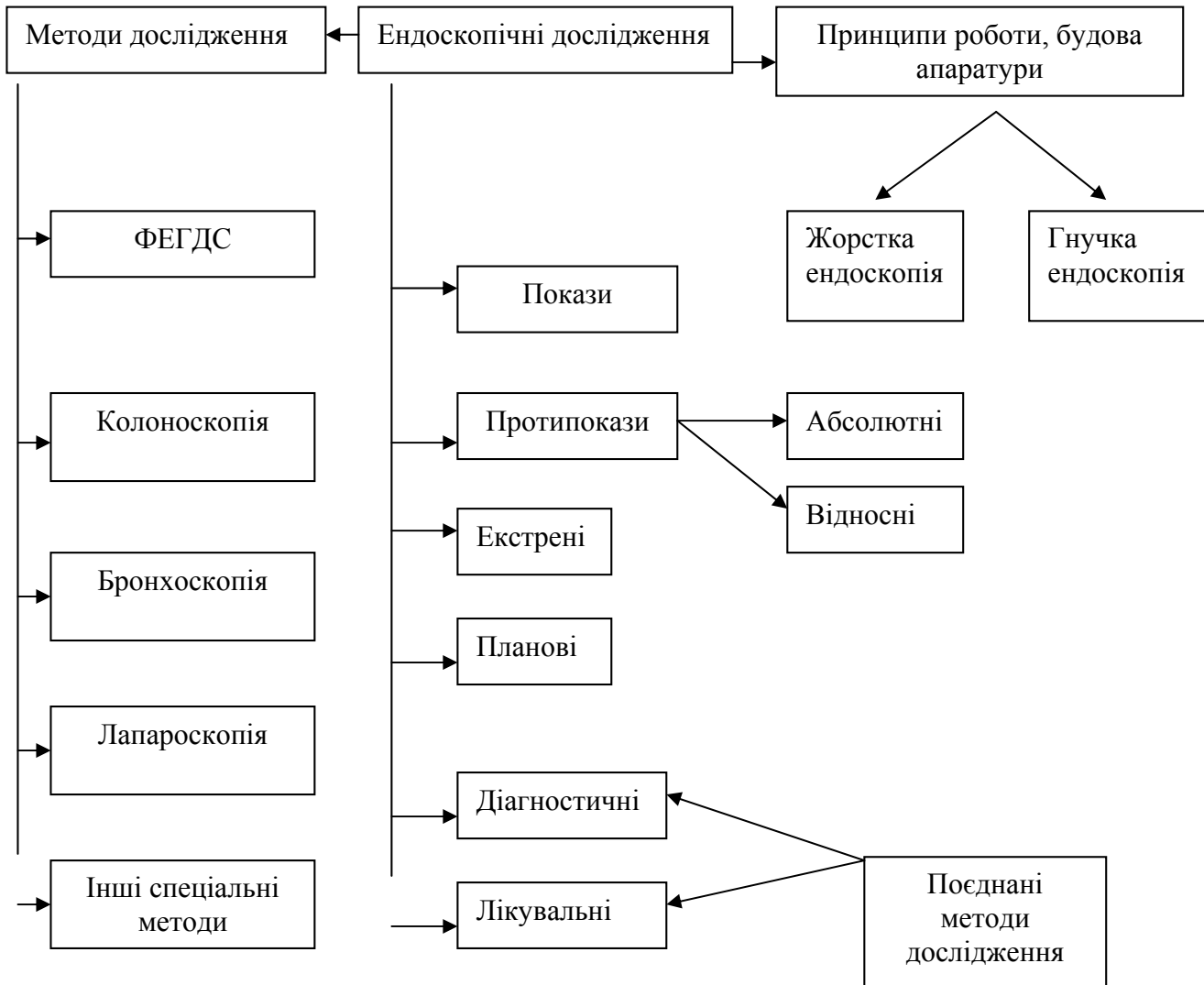
Визначте вірогідну причину цього стану.

- А. Пошкодження світловолоконної оптики
- В. Розгерметизація апарату
- С. Забруднення оптики
- Д. Засмічення повітряного каналу
- Е. Засмічення інструментального каналу

Правильна відповідь на тестове завдання №1 – А. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.

**Графлогічна структура теми**

**«Історія розвитку ендоскопії. Клінічна анатомія. Клініка та загальна діагностика захворювань органів шії, грудної та черевної порожнин, тазу»**



**Діагностико – тактичний алгоритм  
«Використання ендоскопічних методів при синдромі кровотечі».**



**Тема заняття: Методика ендоскопічних досліджень. Ендоскопічні методи діагностики захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу.**

склав асистент кафедри Є.Є.Раденко

**Актуальність теми.**

Клініки різних профілів неможна уявити зараз без сучасних методів інструментальної діагностики на основі прецизійної техніки: ендоскопа з волоконними світловодами, ультрасонографії, рентгендіагностичних установок з електроннооптичним перетворювачем, комп'ютерного та магніто-резонансного томографа. Перші три методи візуалізації стали основою для широкого і далекосяжного розвитку малоінвазивних діагностичних та лікувальних втручань (ендоскопічна та ендоваскулярна хірургія, черезшкірні втручання під контролем ультразвуку тощо). Прогрес у цій ділянці визначає нині обличчя сучасної світової медицини. Ендоскопія на основі сучасних технологій значно розширила діагностичні та лікувальні можливості практично усіх галузей клінічної медицини: гастроентерології, пульмонології, гінекології, урології і т.д. Неможливо "переоцінити роль ендоскопії в онкології, як практично єдиного методу скринінгу раних форм рака низки органів (травний тракт, бронхи, сечовий міхур) з морфологічною верифікацією процесу.

**Мета навчання.**

**Загальна мета:** знати семіотику та ендоскопічні прояви основних запальних та онкологічних захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу, основні ускладнення ендоскопічних методів, їх профілактику.

Конкретні цілі навчання:	Вихідний рівень
1. Знати ендоскопічну семіотику запальних захворювань слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.	1. Знати клінічний перебіг основних запальних захворювань органів грудної клітки, слизової оболонки ШКТ. (кафедра госпітальної терапії, хірургії, онкології)
2. Знати основні ендоскопічні прояви виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки та ускладненого перебігу.	2. Знати основні клінічні прояви виразкової хвороби. (кафедра госпітальної терапії, хірургії)
3. Знати ендоскопічні прояви онкологічних захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу.	3. Знати клінічний перебіг основних онкологічних захворювань органів грудної клітки, слизової оболонки ШКТ. (кафедра госпітальної терапії, хірургії, онкології)
4. Вміти визначати покази та протипокази до виконання ендоскопічного дослідження, знати	

Для перевірки початкового рівня знань пропонується вирішити наступні задачі.

**Задача №1.**

Молоду жінку протягом останніх 5 місяців турбують болі по всьому животі, кал з домішками крові та гною. Захворювання пов'язує з перенесеними пологамі. При огляді: бліда, зниженого харчування. Живіт м'який, реагує на пальпацію товстої кишки. Шкіра перианальній ділянці мацерована. В аналізі крові – анемія середнього ступеня важкості.

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. пухлина прямої кишки
  - 1.2. хвороба Гіршпрунга
  - 1.3. гостра кишкова інфекція
  - 1.4. неспецифічний виразковий коліт
  - 1.5. дисбактеріоз
2. Які додаткові методи дослідження для встановлення діагнозу?
  - 2.1. обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.2. комп'ютерна томографія
  - 2.3. колоноскопія
  - 2.4. бактеріологічне дослідження калу

**Задача № 2.**

Хвора 55 років, скаржиться на біль в епігастральній області, правому підребр'ї з іррадіацією в праву лопатку. Була блювота, що не принесла полегшення, температура тіла – 37,6С. Живіт піддутий, напружений. В правому підребр'ї пальпірується пухлиноподібне утворення. Позитивний симптом Ортнера.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
  - 1.1. Виразкова хвороба 12-палої кишки
  - 1.2. Гострий холецистит
  - 1.3. Гострий панкреатит
  - 1.4. Гостра кишкова непрохідність
2. Що пальпірується в правому підребр'ї?
  - 2.1. Збільшена печінка
  - 2.2. Збільшений жовчний міхур
  - 2.3. Права нирка
  - 2.4. Пухлина черевної порожнини
  - 2.5. Перерозтягнутий шлунок
3. Вкажіть початкову тактику ведення хворої
  - 3.1. Екстрена операція
  - 3.2. Промивання шлунка
  - 3.3. Ургентна рентгенографія
  - 3.4. Ургентна іррігографія
  - 3.5. Комплексна протизапальна терапія

### **Задача № 3.**

Хворий С, 73 років, звернувся на прийом до проктолога зі скаргами на наявність крові в калових масах, закріплення стільця. Подібні скарги протягом двох місяців. Раніше з цього приводу не обстежувався.

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. Пухлина прямої кишки
  - 1.2. Внутрішній геморої
  - 1.3. Хвороба Крона
  - 1.4. Неспецифічний виразковий коліт
2. Які методи дослідження необхідно виконати?
  - 2.1. Ректороманоскопія
  - 2.2. Колоноскопія
  - 2.3. УЗД
  - 2.4. Ірригоскопія
3. Яка тактика ведення хворого при виявленні онкологічної патології?
  - 3.1. Біопсія, проведення консервативної терапії
  - 3.2. Біопсія, планове оперативне втручання
  - 3.3. Біопсія, УЗД, визначення подальшої тактики
  - 3.4. Біопсія, екстрене оперативне втручання.

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.4, 2.3. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.

### **Література для самоконтролю**

Інформацію, необхідну для формування базисних знань-умінь можна знайти в наступних матеріалах.

1. Григор'єв П.Я., Стародуб С.Л., Яковенко Є.Л. та ін. Хвороби органів травлення: діагностика, лікування. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 446 с
2. Гостіщев В.І. Загальна хірургія. – М., Медицина. – 2003 р., С 84-103.
3. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с

### **Зміст навчання**

Після засвоєння необхідних знань-умінь переходите до вивчення наступних матеріалів:

1. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с
2. Савельев В.С. и соавт. Эндоскопия органов брюшной полости.- М., Медицина, 1983.- 247 с.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. Савельева В.С. - М., Медицина, 1985.- 544 с.
4. В.Й. Кімакович і соавт. Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. – Львів. – Видавництво “Мс”, 2003 р.



## **Теоретичні питання, необхідні для виконання загальних і конкретних цілей:**

1. Методика ендоскопічних досліджень. Підготовка до виконання бронхоскопії, гастроскопії, колоноскопії, лапароскопії.
2. Основні ендоскопічні методи діагностики захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу.
3. Семіотика запальних захворювань трахеобронхіального дерева, плеври, легень
4. Семіотика запальних захворювань слизової оболонки ШКТ
5. Ендоскопічні прояви онкологічних захворювань органів шиї, грудної та черевної порожнини.
6. Тактика лікаря-ендоскопіста при виявленні запальних та онкологічних захворювань.
7. Основні ускладнення при виконанні ендоскопічних досліджень, їх профілактика.

## **Ситуаційні задачі**

### **Задача №1.**

Хворий Н., 35 років, скаржиться на печію, біль в епігастральній ділянці живота. Біль посилюється в положенні на спині та лівому боці і проходить після прийому лужної мінеральної води. Зрідка турбує відрижка повітрям. Ці скарги у хворого протягом двох років.

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. рефлюкс-езофагіт
  - 1.2. виразкова хвороба шлунка
  - 1.3. хронічний гастрит с підвищеною секреторною функцією
  - 1.4. туберкульоз стравоходу
2. Які додаткові методи можуть підтвердити діагноз?
  - 2.1. езофагоскопія
  - 2.2. контрасна рентгенографія шлунка
  - 2.3. обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.4. УЗД
3. Які групи медикаментів, що можуть бути використані у хворого?
  - 3.1. антибіотики
  - 3.2. антациди
  - 3.3. блокатори протонного насосу
  - 3.4. прокінетики
  - 3.5. знеболюючі

### **Задача №2.**

Хворий П., 55 років, потрапив в хірургічну клініку зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, печію, блювоту, що приносить полегшення. Болі виникають через 1,5-2 години після прийому їжі, вночі. Останнім часом блювота прийняла системний характер, хворий почав губити вагу

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. виразкова хвороба 12-п кишки
  - 1.2. хронічний гастрит с підвищеною секреторною функцією

1.3.гострий панкреатит

1.4.гострий холецистит

2. Які симптоми вказують на ускладнений перебіг виразкової хвороби?

2.1.печія

2.2.часта блювота

2.3.схуднення

2.4.біль в епігастральній ділянці

3. Вкажіть найбільш інформаційні методи дослідження.

3.1.фіброгастроскопія

3.2.контрасна рентгенографія шлунка

3.3.колоноскопія

3.4.УЗД

### **Задача №3.**

Хворий С., 75 років, за останні півроку схуд на 15 кг. Погіршився апетит, стала часто турбувати блювота. В анамнезі виразкова хвороба шлунка, терапію отримував нерегулярно. В зв'язку з погіршенням стану звернувся до приймального відділення. При виконанні ендоскопічного дослідження виявлений дефект слизової оболонки верхньої третини шлунка, розмірами 4,5\*3,0 см, з плотними, легко кровоточивими краями. При виконанні біопсії – фрагментація.

1. Визначте ведучі симптоми, що вказують на попередній діагноз.

1.1.болі в шлунку

1.2.слабкість

1.3.погіршення апетиту

1.4.схуднення

1.5.блювота

2. Вкажіть ендоскопічні ознаки малігнізації виразки шлунка.

2.1.локалізація виразки в в/3 шлунка

2.2.великі розміри дефекту

2.3.плотні, легко кровоточиві края

2.4.фрагментація при біопсії

3. Визначте тактику ведення хворого

3.1.екстрене оперативне втручання

3.2.комплексна медикаментозна терапія

3.3.комплексне обстеження з вирішенням подальшої тактики

### **Задача №4.**

Під час виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії з приводу холедохолітазу виникла необхідність в виконанні папілосфінктеротомії. Після закінчення розсічення виникли болі в животі з іррадіацією в спину та праву лопатку, емфізема

1. Яке найбільш вірогідне ускладнення?

1.1.перфорація заочеревинного простору

- 1.2.перфорація холедоха
- 1.3.вклинення конкременту
- 1.4.перфорація 12-п кишки
2. Визначте тактику лікування хворого
  - 2.1.екстрене оперативне втручання
  - 2.2.консервативна терапія
  - 2.3.декомпресія шлунку, антибіотики, антисекреторні препарати
3. Оперативне втручання показане:
  - 3.1.в любому випадку
  - 3.2.при наростанні емфіземи
  - 3.3.при появі ознак парезу кишечника
  - 3.4.при наростанні ознак флегмони заочеревинного простору.

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.1, 2.1, 3.2, 3.3, 3.4. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

### Структура проведення практичного заняття за темою:

“Методика ендоскопічних досліджень. Ендоскопічні методи діагностики захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу”.

Етапи	Час (хв)	Навчальні посібники		Місце проведення	Примітки
		Об’єкти навчання	Устаткування		
Клінічна конференція	20			Конференц зал клініки	
Перевірка і корекція вихідного рівня знань	10		Тестові завдання	Навчальна кімната	
Клінічний розбір тематичних хворих. Рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими.	100	Хворі, дані лабораторних і ендоскопічних досліджень.	Ендоскопічна апаратура.	Ендоскопічний кабінет	
		Відеоматеріали	Відеоапаратура		
Підведення підсумків заняття Підсумковий тестовий контроль.	5		Тести	Навчальна кімната	

### Короткі методичні вказівки по проведенню практичного заняття.

Заняття починається з участі студентів у загальноклінічній лікарській конференції. Після ранкової конференції в навчальній кімнаті проводиться перевірка вихідного

рівня знань інтернів за допомогою вирішення тестових завдань. В ендоскопічному кабінеті проводиться клінічний розбір хворих за тематикою навчання. По тим проблемам, що рідко зустрічаються в клінічній практиці викладач знайомить лікарів-інтернів з фото та відеоматеріалами з обов'язковим розбором клінічної ситуації. З метою підведення підсумків заняття проводиться тестовий контроль. Лікарям – інтернам пропонується вирішити тестові завдання формату «А». Викладач перевіряє правильність рішення тестових завдань (по еталону відповідей) і проводить аналіз роботи кожного лікаря – інтерна на занятті. Для більш поглибленого вивчення теми викладач пропонує самостійне вивчення основної та додаткової літератури.

**Для закріплення наданого матеріалу пропонуємо вирішити тестові завдання  
Задача №1.**

Хвора Н., 67 років, скаржиться на болі в животі, затримку стула і газів. Де-кілька років тому встановлений діагноз – хронічний коліт. Ректально: ампула прямої кишки заповнена щільним калом. Живот помірно піддутий, перитонеальних ознак немає. При обзорній рентгенографії – чаш Клойбера немає.

Хворій показано:

- А. Планова операція
- В. Екстрена операція
- С. Операція після предопераційної підготовки
- Д. Колоноскопія після очищувальної клізми
- Е. Паранефральна блокада.

**Задача №2.**

Хворий К., 55 років, потрапив до клініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, блювоту темним вмістом, дьогтеподібний кал. Більше 20 років хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки. Подібний стан вперше, розвився 3 дні тому. Спочатку була блювота вмістом типу “кавової гущини”, а через 2 доби – темний кал.

Який Ваш попередній діагноз?

- А. Виразкова хвороба 12-п кишки ускладнена кровотечею
- В. Виразкова хвороба 12-п кишки ускладнена перфорацією
- С. Хронічний гастродуоденіт
- Д. Хвороба Менетріє
- Е. Поверхневий гастрит

**Задача № 3.**

Хвора М., 52 років, оперована три роки тому з приводу злоякісної пухлини кардії. Протягом 2,5 років відносно задовільні спопочуття, але в останні місяці відмітила погіршення проходження їжі по стравоходу, слинотечу, блювоту. Значно погіршився стан хворої, посилюється слабкість. При рентгенологічному обстеженні – різке звуження ділянки анастомозу, престенотичне розширення стравоходу.

Який ймовірний діагноз?

- А. Стеноз місця анастомозу

- В. Рецидив пухлинного процесу
- С. Езофагіт
- Д. Сегментарний спазм стравоходу
- Е. Ахалазія кардії

**Задача № 4.**

Під час проведення планового ендоскопічного обстеження виявлений рубцевий стеноз цибулини 12-п кишки. Спроба провести апарат за зону стенозу призвели до травми слизової оболонки, кровотечі. Кровотеча візуально не продовжується.

Які Ваші подальші дії?

- А. Завершення ендоскопічного дослідження
- В. Спроба пройти за зону стеноза
- С. Аспірація вмісту і завершення дослідження
- Д. Проведення назогастрального зонду
- Е. Екстрена операція

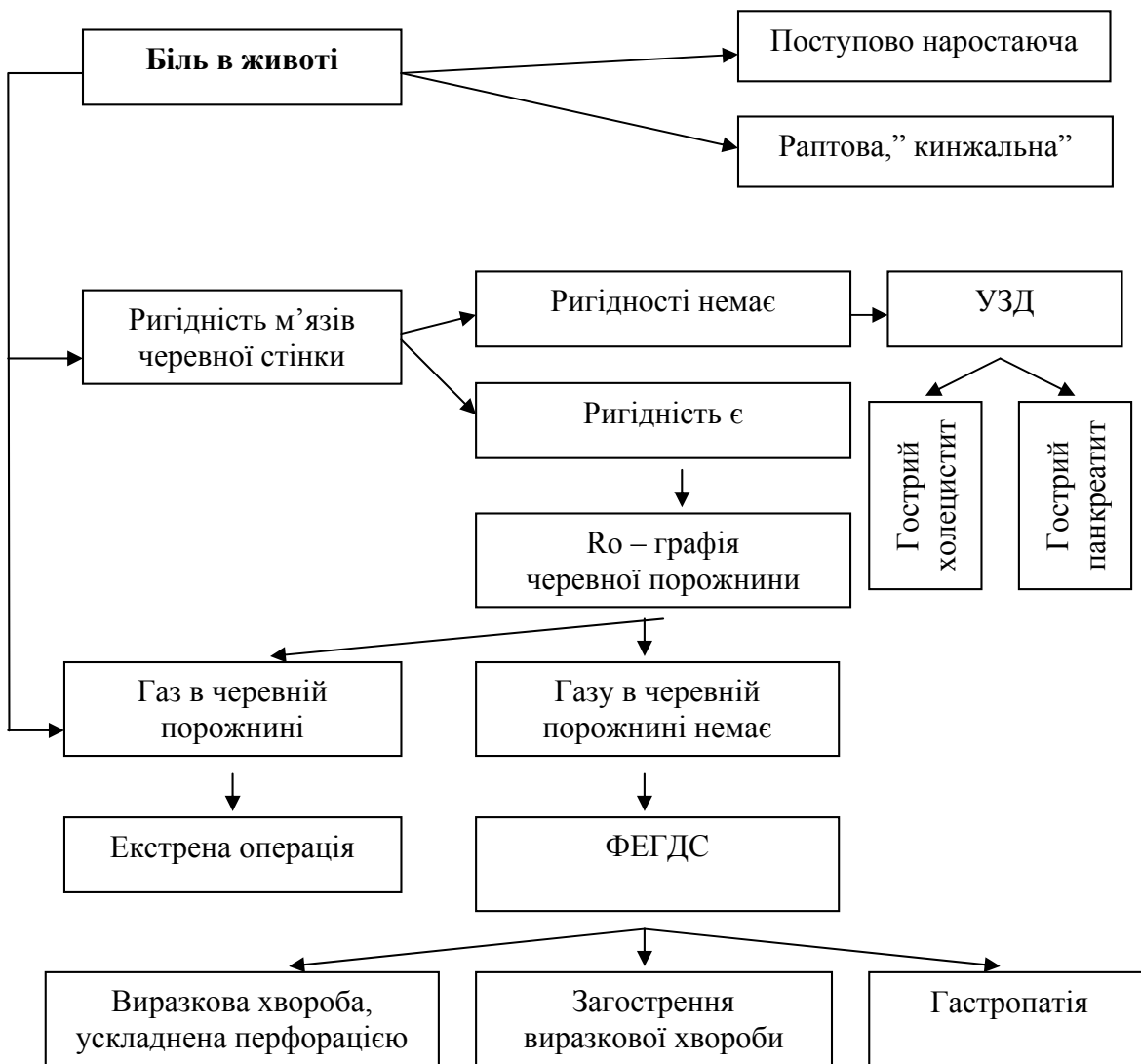
Правильні відповіді на тестове завдання №1 – D Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

Додаток №1

Графлогічна структура теми “Методика ендоскопічних досліджень.  
Ендоскопічні методи діагностики захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу”.



**Діагностико – тактичний алгоритм  
«Використання ендоскопічних методів при синдромі “Перфоративна виразка”».**



**Тема заняття: Лікування захворювань органів грудної і черевної порожнин, таза з використанням ендоскопічної апаратури.**  
склав асистент кафедри Є.Є.Раденко

**Актуальність теми.**

Подібно тому, як хірургія розділилася на тепер уже самостійні дисципліни - абдомінальна, торакальна хірургія, урологія та інші., в ендоскопії виділилися і отримали свій розвиток ендоскопія травного каналу, позапечінкових жовчних проток, ендоурологія, нейроендоскопія, ендоскопія в пульмонології, травматології, гінекології. Зараз більшість напрямків у медицині використовують у тому або іншому ступені ендоскопічні методи діагностики. Останнім часом все більше уваги приділяють використанню мало травматичних технологій в лікуванні хворих. Безумовно кожен з методів має свої покази та протипокази, не в кожному випадку можна використати вищевказані технології, але в ослаблених хворих, з важкою супутньою патологією, малотравматичні ендоскопічні методи стають досить важливими. Лікар повинен знати покази до виконання ендоскопічних лікувальних маніпуляцій, чітко усвідомлювати ціль дослідження, можливі негативні наслідки.

**Мети навчання.**

**Загальна мета:** знати покази та протипокази до виконання лікувальних ендоскопічних маніпуляцій та оперативних втручань, вміти обгрунтовано вибрати найбільш оптимальний засіб малотравматичного ендоскопічного втручання та його об'єм.

Конкретні цілі - знати:	Вихідний рівень – знати:
1. Знати основні види ендоскопічних лікувальних втручань, можливості їх використання	1. Знати основні галузі використання ендоскопічних методів дослідження.
2. Знати покази та протипокази до виконання ендоскопічних втручань для лікування екстреної патології.	2. Клінічний перебіг запальних захворювань, злоякісних та доброякісних новоутворювань слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, органів грудної та черевної порожнин, трахеобронхіального дерева.
3. Знати основні можливі ускладнення ендоскопічних лікувальних втручань та їх профілактику	3. Основні набуті та вроджені патологічні зміни та процеси, що унеможливають виконання ендоскопічних методів дослідження, або можуть призвести до виникнення ускладнень.



**Для перевірки початкового рівня знань пропонується вирішити наступні задачі.**

**Задача №1.**

Хворого Н., 72 років протягом останніх 5 місяців турбують болі над лоном, часте сечовипускання, до 8 разів за ніч. 2 роки тому виконана чрезнаміхурова простатектомія. При ультрасонографії – в просвіті сечового міхура гіперехогенне утворення 3\*2 см, що зміщується при зміні положення тіла. В загальному аналізі сечі – еритроцитурія до ½ поля зору.

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. пухлина сечового міхура
  - 1.2. гострий цистит
  - 1.3. гостра пієлонефрит
  - 1.4. конкремент сечового міхура
2. Які додаткові методи дослідження для встановлення діагнозу?
  - 2.1. обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.2. комп'ютерна томографія
  - 2.3. екскреторна урографія
  - 2.4. цистоскопія

**Задача № 2.**

Хворий В., 45 років, доставлений в стаціонар через 3.5 години після отримання травми живота зі скаргами на біль в черевній порожнині, більше в верхніх відділах, сухість в роті, нудоту, слабкість. Живіт дихає, перитонеальних знаків немає. При пальцевому обстеженні прямої кишки – нависання передньої стінки. АТ – 110/60 мм рт ст, пульс 102 уд в хв, Ер – 3,1 Т/л, Нв – 100 г/л.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
  - 1.1. Розрив полого органа
  - 1.2. Розрив сечового міхура
  - 1.3. Внутрішньочеревинна кровотеча
2. Яке дослідження потрібно виконати для уточнення діагнозу?
  - 2.1. Лапароскопію
  - 2.2. ФГДС
  - 2.3. обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.4. хромоцистоскопію

**Задача № 3.**

Хворий Д, 35 років, каретою швидкої допомоги доставлений до стаціонару з підозрою на кровотечу в просвіт травного каналу. Виразкова хвороба протягом 10 років. Останнім часом приймав антацидні препарати. З 20 років встановлений діагноз – хвороба Бехтерева, приймає НПВС. Шийний та грудний відділи значно деформовані, ригідні. В приймальном приміщенні виконана спроба промити шлунок, але зонд не проходить. АТ 100/60 мм рт ст, пульс 110 уд в хв, Ер 3,0 Т/л, Нв – 100 г/л

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. Пухлина прямої кишки
  - 1.2. Виразкова хвороба

- 1.3. Гіперацидний гастрит
- 1.4. Гострі виразки шлунка
2. Які методи дослідження необхідні для уточнення діагнозу?
  - 2.1. ФГДС
  - 2.2. Колоноскопія
  - 2.3. УЗД
  - 2.4. Ірригоскопія
3. Назвіть протипокази до виконання ФГДС
  - 3.1. АТ 100/60 мм рт ст
  - 3.2. Пульс 110 уд в хв
  - 3.3. Значна деформація шийного та грудного відділів

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.2, 2.4. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.

### **Література для самоконтролю**

Інформацію, необхідну для формування базисних знань-умінь можна знайти в наступних матеріалах.

1. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей./ Под редакцией Ю.М.Панцырева. – М., Медицина., 1988 г. 640 с
2. Гостіщев В.І. Загальна хірургія. – М., Медицина. – 2003 р., С 84-103.
3. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с

### **Зміст навчання**

Після засвоєння необхідних знань-умінь переходите до вивчення наступних матеріалів:

1. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с
2. Савельев В.С. и соавт. Эндоскопия органов брюшной полости.- М., Медицина, 1983.- 247 с.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. Савельева В.С. - М., Медицина, 1985.- 544 с.
4. В.Й. Кімакович і соавт. Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. – Львів. – Видавництво “Мс”, 2003 р.
5. Лекції кафедри.

### **Теоретичні питання, необхідні для виконання загальних і конкретних цілей:**

1. Можливі галузі використання лікувальних ендоскопічних досліджень
2. Лікувальна ендоскопія травного каналу. Покази та протипокази. Підготовка хворих. Видалення інохідних тіл.
3. Методи ендоскопічного гемостазу. Ендоскопічний лікувальний моніторинг при кровотечі в просвіт травного каналу
4. Оперативно ендоскопія товстої кишки. Видалення поліпів, інохідних тіл.
5. Лікувальні та дренажні маніпуляції в хірургії травного каналу.

6. Ендоскопічні втручання на позапечінкових жовчних шляхах. Покази, протипокази.
7. Основні ускладнення при виконанні ендоскопічних оперативних втручань та лікувальних маніпуляцій. Профілактика ускладнень.

### Ситуаційні задачі

#### **Задача №1.**

Хворий Н., 55 років, скаржиться на блювоту сгортками та алою кров'ю, одноразову втрату свідомості, болі в грудній клітці. Протягом останнього року схуд на 10 кг. Турбує постійний кашель з домішками крові, задишка, слабкість. При рентгенологічному обстеженні – ателектаз верхньої долі правої легені

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. Пухлина правої легені
  - 1.2. Виразкова хвороба шлунка
  - 1.3. Ерозивний гастрит
  - 1.4. Туберкульоз легень
2. Які додаткові методи можуть підтвердити діагноз?
  - 2.1. ФГДС
  - 2.2. Бронхоскопія
  - 2.3. Торакоскопія
  - 2.4. УЗД
3. Якій метод лікування може бути використаний у хворого для зупинки кровотечі?
  - 3.1. Лікувальна бронхоскопія
  - 3.2. Екстрена операція
  - 3.3. Комплексна медикаментозна терапія

#### **Задача №2.**

Хворий П., 48 років, потрапив в хірургічну клініку зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, блювоту звертками крові, печію. Подібні скарги виникли через 1,5-2 години після прийому алкоголю, гострих страв. Спочатку блювота була вмістом шлунка, а потім з'явилися звертки крові. Стан хворого погіршився. Був вимушений визвати швидку допомогу, доставлений в клініку.

АТ 80/60 мм рт ст, пульс 110 уд в хв, Ер – 3,4 Т/л, Нв – 110 г/л

1. Який попередній діагноз?
  - 1.1. Загострення виразкової хвороби 12-п кишки
  - 1.2. Хронічний гастрит с підвищеною секреторною функцією
  - 1.3. Синдром Маллорі-Вейса
  - 1.4. Гострі виразки шлунка
2. Які симптоми вказують на Синдром Маллорі-Вейса?
  - 2.1. печія
  - 2.2. блювота зі звертками крові
  - 2.3. особливості перебігу хвороби

- 2.4. біль в епігастральній ділянці
- 3. Вкажіть найбільш інформаційні методи дослідження.
  - 3.1. Фіброгастроскопія
  - 3.2. Контрасна рентгенографія шлунка
  - 3.3. Обзорна рентгенографія шлунка
  - 3.4. УЗД
- 4. Які методи ендоскопічного гемостазу можуть бути використані?
  - 4.1. діатермоелектрокоагуляція
  - 4.2. лазерна фотокоагуляція
  - 4.3. ін'єкційний гемостаз
  - 4.4. кліпування
  - 4.5. лігування.

### **Задача №3.**

Хвора С., 75 років, протягом 25 років хворіє на жовчнокам'яну хворобу. Після приступу болю, що було 2 неділі тому, відмітила пожовтіння склер, побілішав кал, підвищилась температура тіла. При огляді в правому підребр'ї пальпується жовчний міхур, живіт напружений в верхніх відділах, болі віддають в спину. При детальному опросі – ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз, нестабільна стенокардія, Н 2а.

- 1. Визначте ведучі симптоми, що вказують на попередній діагноз.
  - 1.1. болі в правому підребр'ї
  - 3.4.слабкість
  - 3.5.пожовтіння склер
  - 3.6.підвищення температури тіла
  - 3.7.жовчнокам'яна хвороба в анамнезі
- 2. Вкажіть необхідні методи дослідження.
  - 2.1. УЗД
  - 2.2. Обзорна рентгенографія черевної порожнини
  - 2.3. ЕРХПГ
  - 2.4. Лапароскопія
- 3. Визначте тактику ведення хворого
  - 3.1. екстрене оперативне втручання
  - 3.2. комплексна медикаментозна терапія
  - 3.3. пункція жовчного міхура під УЗ контролем
  - 3.4. ЕРХПГ, ЕПСТ, НБД

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.1, 2.2, 3.1.

Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

**Структура проведення практичного заняття за темою:  
 “Методика ендоскопічних досліджень. Ендоскопічні методи діагностики  
 захворювань органів грудної та черевної порожнини, тазу”.**

Етапи	Час (хв)	Навчальні посібники		Місце проведенн я	При мітк и
		Об’єкти навчання	Устатку- вання		
Клінічна конференція	20			Конференц зал клініки	
Перевірка і корекція вихідного рівня знань	10		Тестові завдання	Навчальна кімната	
Клінічний розбір тематичних хворих. Рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими.	100	Хворі, дані лабораторних і ендоскопічних досліджень.	Ендоскопічна апаратура.	Ендоскопічний кабінет	
		Відеоматеріали	Відеоапаратура		
Підведення підсумків заняття Підсумковий тестовий контроль.	5		Тести	Навчальна кімната	

**Короткі методичні вказівки по проведенню практичного заняття.**

Заняття починається з участі студентів у загальноклінічній лікарській конференції. Після ранкової конференції в навчальній кімнаті проводиться перевірка вихідного рівня знань інтернів способом вирішення тестових завдань. В ендоскопічному кабінеті проводиться клінічний розбір хворих за тематикою навчання. По тим проблемам, що рідко зустрічаються в клінічній практиці викладач знайомить лікарів-інтернів з фото та відеоматеріалами з обов’язковим розбором клінічної ситуації. З метою підведення підсумків заняття проводиться тестовий контроль. Лікарям – інтернам пропонується вирішити тестові завдання формату «А». Викладач перевіряє правильність рішення тестових завдань (по еталону відповідей) і проводить аналіз роботи кожного лікаря – інтерна на занятті. Для більш поглибленого вивчення теми викладач пропонує самостійне вивчення основної та додаткової літератури.

**Для закріплення наданого матеріалу пропонуємо вирішити тестові завдання  
 Задача №1.**

Хвора Н., 67 років, знаходиться в стаціонарі з ознаками обтураційної жовтяниці. При УЗД виявлений хронічний холецистит, камені жовчного міхура, ділятація

холедоха, дрібні камені холедоха. При спробі виконати ендоскопічну ретроградну холангіографію виявлено, що зона ВДС розташована в порожнині парапапілярного дивертикула. Ендоскопічні маніпуляції неможливі. В зв'язку з неефективністю ендоскопічних маніпуляцій хвора оперована.

Який об'єм операції найбільш ефективний?

- A. Відкрита холецистектомія з ревізією холедоха
- B. Відкрита холецистектомія з холедохоєюноанастомозом
- C. Лапароскопічна холецистектомія з інтраопераційною холедохоскопією
- D. Холецистостомія
- E. Холецистостомія під УЗ контролем.

### **Задача №2.**

Хворий Ф., 78 років, доставлений в клініку каретою швидкої допомоги у вкрай важкому стані зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, блювоту кров'ю, дьогтеподібний кал. Подібний стан вперше, розвився 2 доби тому. При огляді стан хворого тяжкий, на питання відповідає з трудом. АТ 60/20 мм рт ст, пульс 98 у хв.

Яке дослідження поазане у хворого?

- A. Екстрене оперативне втручання
- B. Консервативна терапія
- C. Госпіталізація в реанімаційне відділення, ФГДС після стабілізації гемодінамики
- D. Екстрена ФГДС
- E. ФГДС після промивання шлунка

### **Задача № 3.**

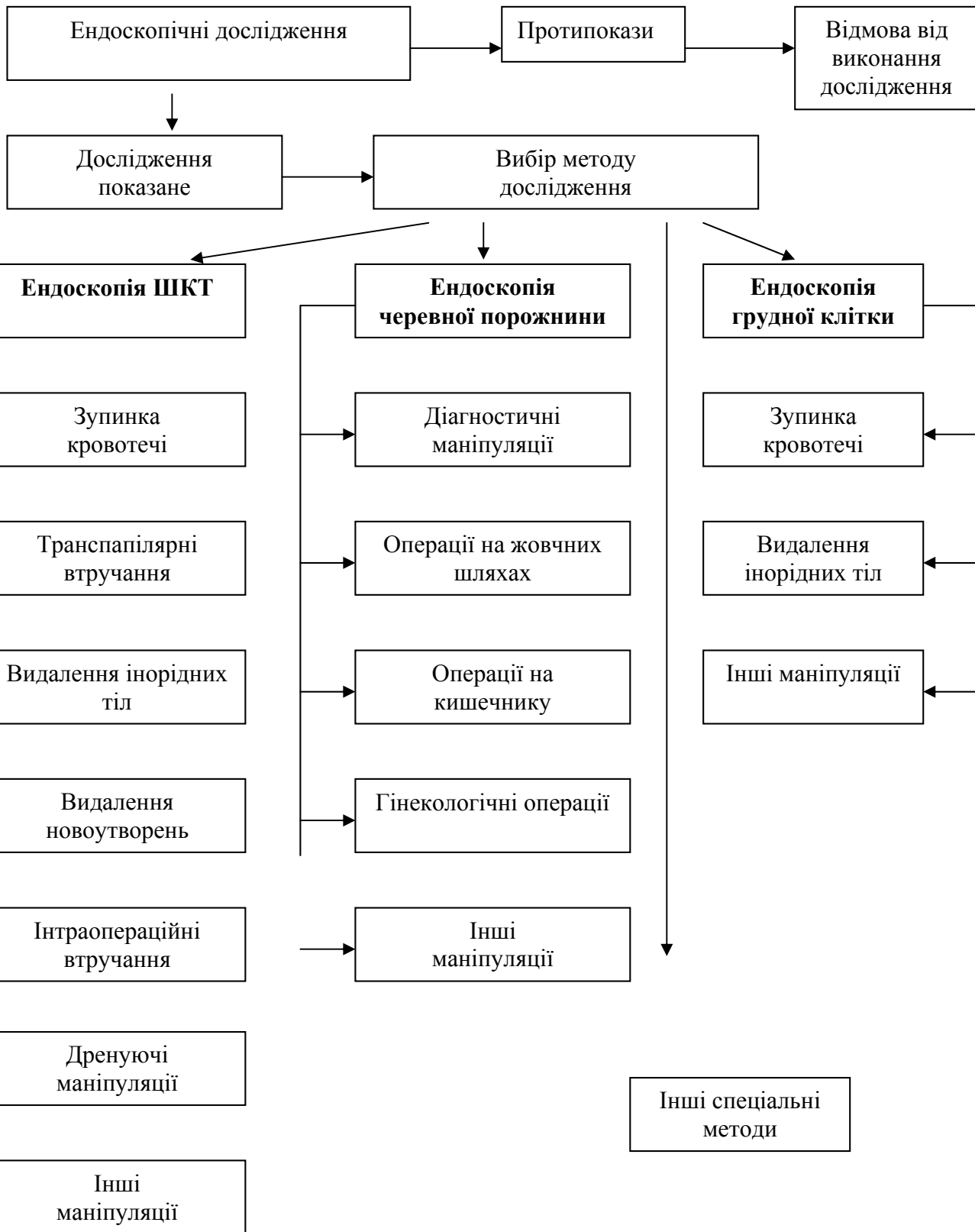
У хворої М., 52 років, виконується ендоскопічна ретроградна холангіографія. При контрастному дослідженні виявлений камінь холедоха до 1,0 см в термінальному відділі. Виконана папілосфінктеротомія. Зразу після закінчення розсічення хвора надає скарги на виникли болі в животі. При обстеженні виявлена емфізема на верхній половині грудної клітки, шиї, обличчі.

Яке ускладнення найбільш вірогідне у хворої?

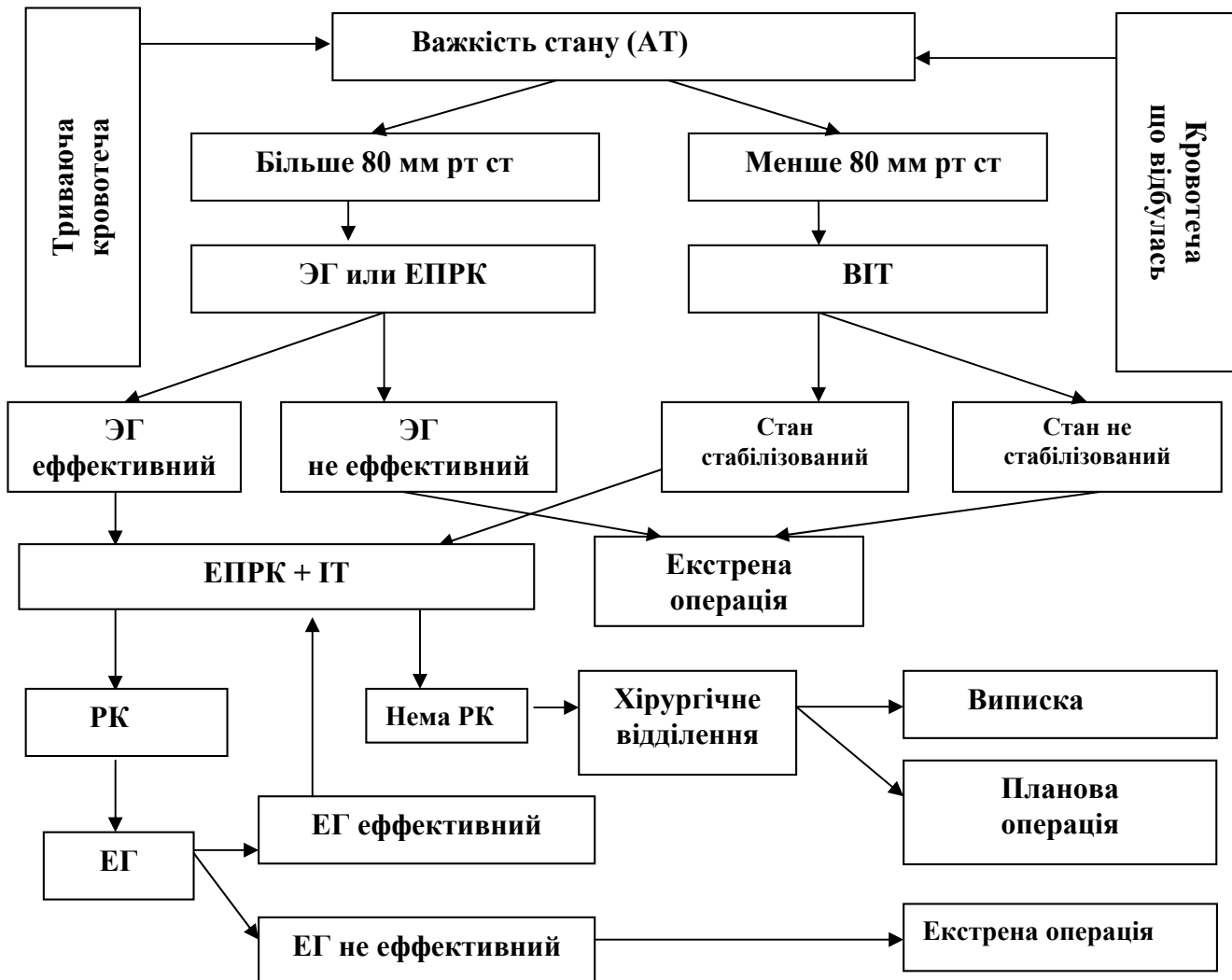
- A. Гострий панкреатит
- B. Перфорація заочеревинного простору
- C. Перфорація холедоха
- D. Перфорація 12 - кишки
- E. Вклинення каменя в папілотомний отвір

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – С Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

**Графлогічна структура теми “Лікування захворювань органів грудної і черевної порожнин, таза з використанням ендоскопічної апаратури.”**



Діагностико – тактичний алгоритм  
 «Використання ендоскопічних методів при синдромі  
 “Кровотеча в просвіт травного каналу”».





## **Тема заняття: Профілактика та лікування ускладнень ендоскопії.**

склав асистент кафедри О.А.Стукало

### **Актуальність теми.**

Ускладнення при ендоскопічних втручаннях виникають досить рідко, тому їм приділяють недостатньо увагу. Це створює помилкове враження про повну безпеку фіброендоскопії. Безумовно, у порівнянні з багатьма втручаннями ЕМД менш небезпечні, особливо при дослідженні ШКТ. По даним К. Ariga (1966), на 704 000 досліджень гнучкими ендоскопами відсоток ускладнень склав 0,003%. У зв'язку з розширенням лікувальних можливостей ЕМД, природно, збільшується небезпека й частота ускладнень. Так по даним М. Vilbao і співавт.(1976р.) при проведенні 7304 ЕРПХГ ускладнення виникли в 3,7% спостережень, при цьому летальність склала 0,2%. Лікар повинен знати покази до виконання ендоскопічних лікувальних маніпуляцій, чітко усвідомлювати ціль дослідження, можливі негативні наслідки.

### **Мети навчання.**

**Загальна мета:** знати основні ускладнення діагностичних та лікувальних ендоскопічних маніпуляцій та оперативних втручань, знати профілактичні заходи для усунення ускладнень, тактичні установи і методи лікування ускладнень

Конкретні цілі - знати:	Вихідний рівень – знати:
1. Знати причини виникнення ускладнень при виконанні ендоскопічних лікувальних втручань	1. Знати основні види ендоскопічних лікувальних втручань, можливості їх використання
2. Знати основні тактичні установи, щодо лікування ускладнень, що виникли під час виконання ендоскопічних досліджень	2. Знати покази та протипокази до виконання ендоскопічних втручань для лікування екстреної патології.
3. Вміти прогнозувати можливі негативні наслідки ендоскопічних лікувальних досліджень з метою їх запобігання	3. Знати основні можливі ускладнення ендоскопічних лікувальних втручань та їх профілактику

**Для перевірки початкового рівня знань пропонується вирішити наступні задачі.**

#### **Задача №1.**

Хворий Н., 54 років доставлений каретою швидкої допомоги до хірургічного стаціонару зі скаргами на болі у верхніх відділах черевної порожнини. Подібні скарги протягом останніх 5 діб. При попередньому обстеженні 2 роки тому виявлена виразкова хвороба шлунка. В приймальному відділі вміст шлунку аспіровано. При ургентному ендоскопічному обстеженні виявлена виразка шлунку до 2.5 в d, в дні якої темно-вишневого кольору утворення, що схоже на інорідне тіло. За допомогою біопсійних щипців виконана спроба захватити інорідне тіло, при цьому виникла струменева кровотеча.

1. Що було прийнято за інорідне тіло?

1.1. дрібний зверток крові

- 1.2. тромбовану судину
- 1.3. залишки їжі
2. Який метод гемостазу повинно виконати в даному випадку?
  - 2.1. екстрену операцію
  - 2.2. коагуляційний гемостаз
  - 2.3. інфільтраційний гемостаз
  - 2.4. кліпування

### **Задача № 2.**

Хворий В., 26 років, доставлений в стаціонар через 3.5 години від появи перших ознак кровотечі в просвіт травного каналу. Кровотеча проявилася блювотою малозміненою кров'ю, слабкістю, сухістю в роті. При попередньому обстеженні виставлений діагноз – алкогольний гепатит, цирроз печінки. Кровотеча друга. При ендоскопічному обстеженні виявлені ознаки портальної гіпертензії, збільшені, вузлуваті варикозні вени на всьому протязі стравоходу. В абдомінальному відділі стравоходу на слизовій оболонці – зверток крові. Хворий під час проведення обстеження поводить себе збуджено. Виконана спроба склерозування варикозних вен, але це привело до поновлення кровотечі.

1. Яка лікувальна тактика повинна виконуватись у даному випадку?
  - 1.1. Продовження склерозуючої терапії
  - 1.2. Екстрене оперативне втручання
  - 1.3. Припинення ендоскопічного дослідження, консервативна терапія
  - 1.4. Завершення дослідження, постановка зонду Блекмора

### **Задача № 3.**

Хворий Т., 48 років, каретою швидкої допомоги доставлений до стаціонару з підозрою на кишкову непрохідність. Турбує постійна блювота, практично після кожного прийому їжі. Останнім часом приймав антацидні препарати з метою припинення печії. Виразкова хвороба протягом 18 років. При ендоскопічному обстеженні виявлений стеноз цибулини 12-п кишки, пройти який апаратом можливості немає. АТ 120/70 мм рт ст, пульс 110 уд в хв, Ер 3,6 Т/л, Нв – 108 г/л

1. Яка тактика лікаря ендоскопіста?
  - 1.1. Виконати спробу пройти за зону стенозу
  - 1.2. Провести назоінтестинальний зонд
  - 1.3. Дати хворому нітрогліцерин для зняття спазму
2. Які можливі ускладнення можуть виникнути при продовженні маніпуляцій?
  - 2.1. Кровотеча
  - 2.2. Травмування слизової оболонки
  - 2.3. Перфорація органа
  - 2.4. Ніяких ускладнень не виникне

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.1, 2.3. Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті при перевірці вихідного рівня знань.

### **Література для самоконтролю**

Інформацію, необхідну для формування базисних знань-умінь можна знайти в наступних матеріалах.

1. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей./ Под редакцией Ю.М.Панцырева. – М., Медицина., 1988 г. 640 с
2. Гостіщев В.І. Загальна хірургія. – М., Медицина. – 2003 р., С 84-103.
3. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с

### **Зміст навчання**

Після засвоєння необхідних знань-умінь переходите до вивчення наступних матеріалів:

1. Руководство по клинической хирургии / Под редакцией проф. П.Г.Кондратенко. – Донецк, 2005г., 751 с
2. Савельев В.С. и соавт. Эндоскопия органов брюшной полости.- М., Медицина, 1983.- 247 с.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. Савельева В.С. - М., Медицина, 1985.- 544 с.
4. В.Й. Кімакович і соавт. Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. – Львів. – Видавництво “Мс”, 2003 р.
5. Лекції кафедри.

### **Теоретичні питання, необхідні для виконання загальних і конкретних цілей:**

1. Класифікація ускладнень ендоскопічних досліджень.
2. Характер та важкість ускладнень, їх вплив на стан хворого.
3. Локалізація ускладнень, місцеві та загальні прояви.
4. Строки виникнення.
5. Основні тактичні установи щодо лікування ускладнень.
6. Причини виникнення ускладнень.
7. Профілактика ускладнень.

### **Ситуаційні задачі**

#### **Задача №1.**

Хворій Н., 55 років, виконується рентгенендоскопічне обстеження. Під час виконання механічної літекстракції корзинка Дорміа разом із захваченим конкрементом (1,0 в d) вклинилася в інтрапанкреатичний відділ холедоха. Всілякі спроби звільнитися від конкременту безрезультатні.

1. Які причини привели до ускладнення?
  - 1.1. Великий розмір конкремента
  - 1.2. Неправильні дії
  - 1.3. Недостатній розмір папілотомної рани
  - 1.4. Неправильна оцінка розмірів конкремента і діаметру холедоха
2. Які подальші дії лікаря – ендоскопіста?
  - 2.1. Продовження спроб витягнути конкремент

- 2.2. Завершення дослідження, залишення корзинки з каменем в холедоку і екстрена операція
- 2.3. Завершення маніпуляцій, залишення корзинки з каменем в холедоку динамічне спостереження

### **Задача №2.**

Хворий П., 48 років, повторно доставлений до ендоскопічного відділення зі скаргами на наявність алої крові, що виділяється з прямої кишки. За 1 годину до того виконана планова колоноскопія після внутрим'язового введення «Барагліну» і поліпектомія. Електроексцизія поліпу виконувалась в режимі «Різання». Після видалення поліпу на місці останнього сформувався звороток крові. Після повернення до палати, хворий самостійно встав і пішов у туалетне приміщення, де після акту дефекації помітив кров.

1. Які неправильні дії привели до виникнення ускладнення?
  - 1.1. Недостатня премедикація.
  - 1.2. Виконання електроексцизії в режимі «Різання».
  - 1.3. Недостатній остаточний гемостаз
  - 1.4. Ранній підйом хворого з ліжка.
  - 1.5. Все перераховане вірно
2. Які методи ендоскопічного гемостазу повинно використати?
  - 2.1. аргоно-плазменну коагуляцію
  - 2.2. реексцизію ніжки поліпа
  - 2.3. діатермокоагуляцію ніжки поліпа
  - 2.4. інфільтраційний засіб

### **Задача №3.**

Хвора С., 75 років, доставлений в міський центр по лікуванню хворих на гостру кровотечу в просвіт травного каналу через 18 годин від початку захворювання. Скарги на блювоту кров'ю, запаморочення, втрату свідомості. Після промивання шлунка виконана ургентна ФГДС. В н/3 шлунка, по малій кривизні – дефект до 2,5 см, в дні якого згусток крові. При спробі аспірації згустку з одномоментною подачею повітря через канал «вода-повітря» виникла струменева кровотеча, що потребувало виконання ендоскопічного гемостазу, а в подальшому екстреного оперативного втручання.

1. Що привело до виникнення кровотечі
  - 1.1. необережна аспірація згустку
  - 1.2. саме ендоскопічне дослідження
  - 1.3. обдув згустка повітрям
2. Аспірацію згустка:
  - 2.1. Не повинно виконувати
  - 2.2. Повинно виконувати після попередньої коагуляції
  - 2.3. Можна виконувати після виконання інфільтраційного способу ПРК

Правильні відповіді на тестове завдання №1 – 1.4, 2.3.

Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

**Структура проведення практичного заняття за темою:  
«Профілактика та лікування ускладнень ендоскопії».**

Етапи	Час (хв)	Навчальні посібники		Місце проведення	Примітки
		Об'єкти навчання	Устаткування		
Клінічна конференція	20			Конференц зал клініки	
Перевірка і корекція вихідного рівня знань	10		Тестові завдання	Навчальна кімната	
Клінічний розбір тематичних хворих. Рішення ситуаційних задач, що моделюють роботу з хворими.	100	Хворі, дані лабораторних і ендоскопічних досліджень.	Ендоскопічна апаратура.	Ендоскопічний кабінет	
		Відеоматеріали	Відеоапаратура		
Підведення підсумків заняття Підсумковий тестовий контроль.	5		Тести	Навчальна кімната	

**Короткі методичні вказівки по проведенню практичного заняття.**

Заняття починається з участі студентів у загальноклінічній лікарській конференції. Після ранкової конференції в навчальній кімнаті проводиться перевірка вихідного рівня знань інтернів способом вирішення тестових завдань. В ендоскопічному кабінеті проводиться клінічний розбір хворих за тематикою навчання. По тим проблемам, що рідко зустрічаються в клінічній практиці викладач знайомить лікарів-інтернів з фото та відеоматеріалами з обов'язковим розбором клінічної ситуації. З метою підведення підсумків заняття проводиться тестовий контроль. Лікарям – інтернам пропонується вирішити тестові завдання формату «А». Викладач перевіряє правильність рішення тестових завдань (по еталону відповідей) і проводить аналіз роботи кожного лікаря – інтерна на занятті. Для більш поглибленого вивчення теми викладач пропонує самостійне вивчення основної та додаткової літератури.

**Для закріплення наданого матеріалу пропонуємо вирішити тестові завдання**

**Задача №1.**

Хворий Л., 67 років, скаржиться на блювоту згортками та алою кров'ю, одноразову втрату свідомості. Під час виконання ендоскопічного дослідження

виявлена глибока виразка передньої стінки шлунка, до 3,5 см в ді. В кратері виразки тромбована судина. Прийняте рішення про застосування коагуляційного методу ендоскопічної профілактики рецидиву кровотечі. В процесі виконання маніпуляції виникла інтенсивна біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в праве плече. Які методи дослідження потрібні для встановлення діагнозу?

- A. Обзорна рентгенографія черевної порожнини
- B. Рентгенографія шлунка
- C. ФГДС
- D. Лапароцентез
- E. Бронхоскопія

### **Задача №2.**

У хворої С., 64 років, під час виконання ендоскопічного транспапільярного втручання, в процесі введення контрасту, виникли інтенсивні болі в епігастральній ділянці з іррадіацією в спину.

1. Яке можливе ускладнення виникло у хворої?
  - A. Підслизове введення контрасту
  - B. Перфорація холедоха
  - C. Перфорація 12-п кишки
  - D. Вірсунгографія
  - E. Паренхімографія

### **Задача №3.**

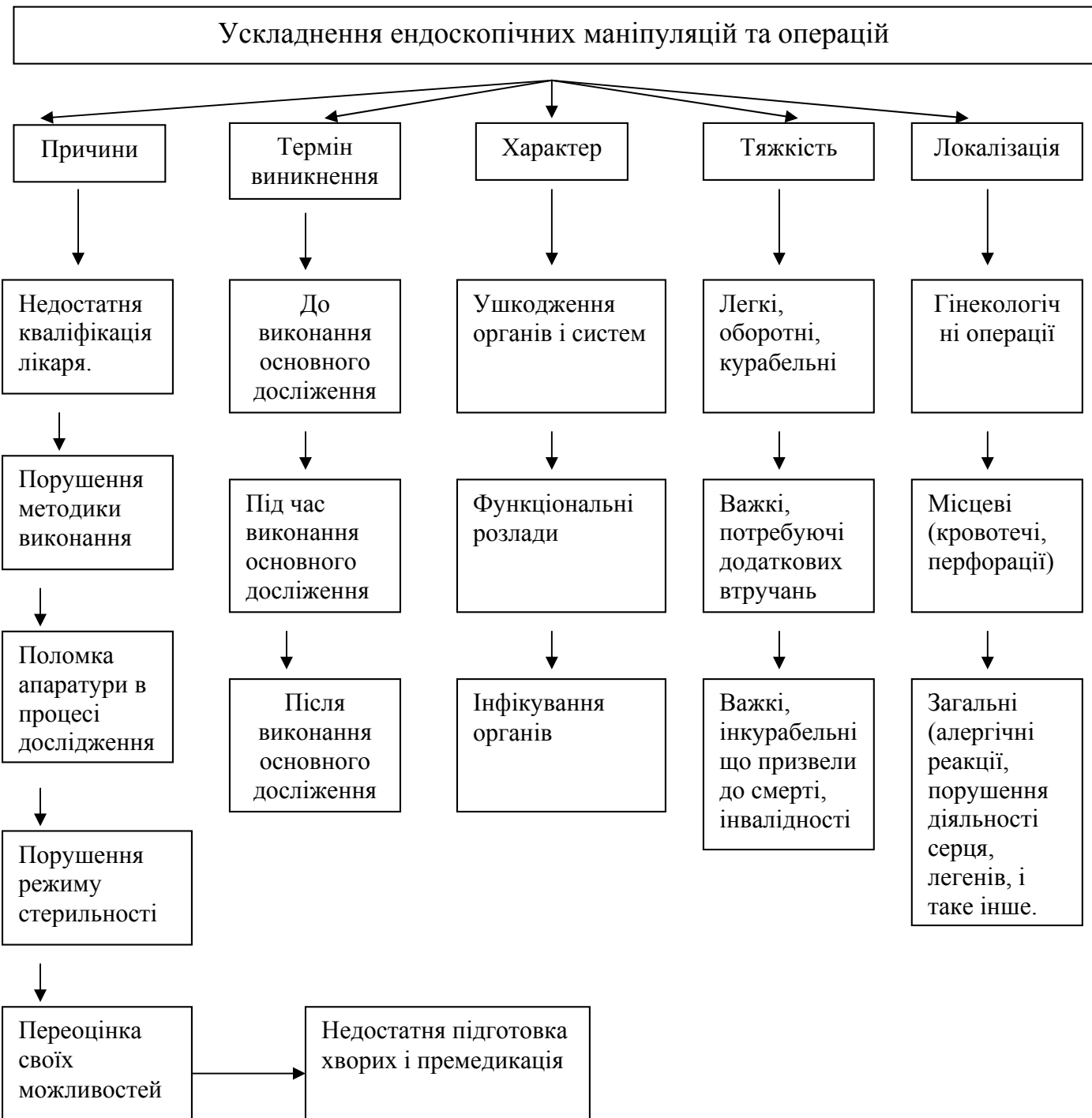
Хворий С., 54 років, поступив до стаціонару через 5 годин після випадкового вживання лужного електроліту. В приймальному відділенні виникла блювота з вмістом крові. Чи показане ургентне ендоскопічне обстеження?

- A. Обов'язково показане.
- B. Не показано
- C. Показане після промивання шлунка
- D. проведення премедикації
- E. Показане після вщухання запальних змін слизової оболонки

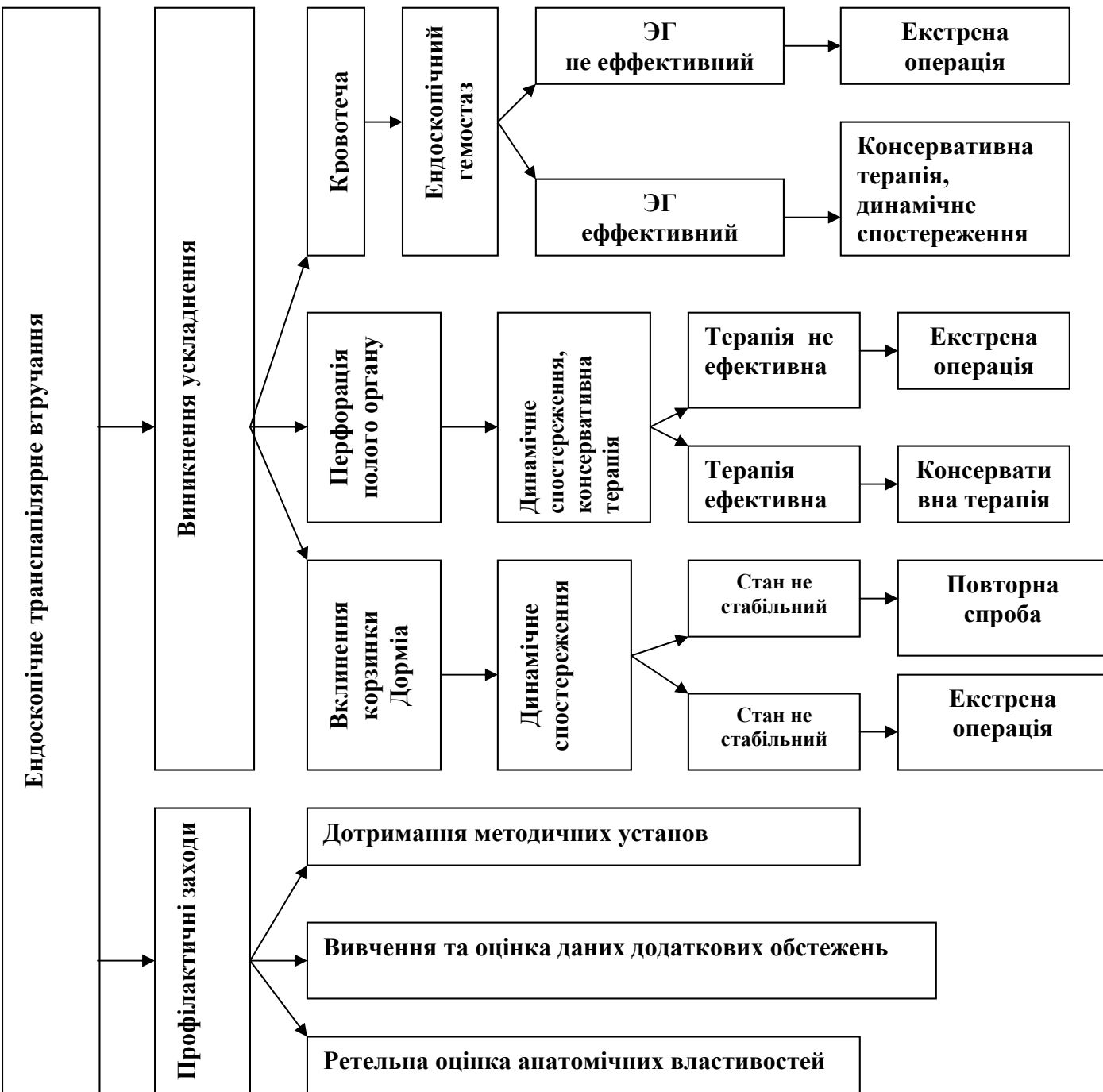
Правильні відповіді на тестове завдання №1 – А

Інші задачі будуть перевірені викладачем на практичному занятті.

**Графлогічна структура теми  
«Профілактика та лікування ускладнень ендоскопії».**



Діагностико – тактичний алгоритм  
«Профілактика та лікування ускладнень ендоскопії».







Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии «ПРОФПРИНТ»  
г. Донецк, п-к Кутузовский, 19а  
Подписано в печать 1.11.2005 г. Отпечатано 23.06.2006 г.  
Тираж 200 экз.