

**Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького**

кафедра хірургії №1

**ПЕРФОРАЦІЙНА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА
ВИРАЗКА**

**Методичні рекомендації
для студентів медичного факультету**

Львів – 2009

Затверджено на засіданні профільної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 39 від 11 грудня 2009 року)

Методичні рекомендації приготували:

ЧУКЛІН Сергій Миколайович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

ДУТКА Яромир Романович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії №1. Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, академіка АМН України, доктора медичних наук, професора ПАВЛОВСЬКОГО Михайла Петровича.

Рецензенти:

КОБЗА Ігор Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

МАТВІЙЧУК Богдан Олегович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Відповідальний за випуск перший проректор з навчально-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор М.Р. Гжегоцький.

Тривалість заняття: 4 навчальні години.

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати, діагностичні кабінети (рентгенологічний, ультразвукової діагностики, ендоскопічний), операційні, перев'язувальні.

Матеріальне забезпечення: слайди, проектор, навчальні фільми, таблиці, схеми, історії хвороби, рентгенограми, ультрасонограми, комп'ютерні томограми, хворі.

I. Актуальність теми

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) – це хронічне поліетіологічне та поліпатогенетичне захворювання, яке серед причин інвалідизації хворих займає друге місце після серцево-судинної патології. Це захворювання діагностують у 8-10% населення. Виразкова хвороба є однією з найважливіших проблем хірургічної гастроентерології. Це пов'язано з великою кількістю ускладнень, частота яких збільшується пропорційно до зростання захворюваності. Відкриття та широке застосування у сучасній гастроентерології нових антигелікобактерних та антацидних препаратів не вирішило питання зменшення частоти ускладнень виразкової хвороби. Важким та життєво небезпечним ускладненням гастродуоденальних виразок, яке вимагає невідкладної операції, є перфорація або прорив виразки у черевну порожнину та інколи у заочеревинний простір. Частота перфорації у пацієнтів з виразковою хворобою складає від 4 до 15%, посідаючи третє місце серед гострої абдомінальної хірургічної патології. Частіше це ускладнення трапляється в чоловіків у віці 20-40 років, проте, можливе у жінок та хворих будь-якого віку.

Переважаюча перфорація виразки відбувається у хворих із тривалим виразковим анамнезом, проте у 10-15% пацієнтів буває прорив „німої” – безсимптомної виразки. Чинниками, які маскують клінічні симптоми, є прикрита перфорація і перфорація у чепцеву сумку, алкогольне сп'яніння, тяжкий стан, старечий вік пацієнта, виразкова кровотеча. Вони відволікають увагу лікаря від симптомів перфорації та утруднюють діагностику.

Висока частота захворювання, втрата працездатності, інвалідизація людей найбільш працездатного віку та летальність роблять проблему лікування перфораційної виразки шлунка і ДПК важливим соціальним завданням.

II. Навчальна мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією і патогенезом перфораційної гастродуоденальної виразки, класифікацією, клінічною симптоматикою, основними клінічними синдромами, ускладненнями.
2. Знати анатомічну будову і функції шлунка та дванадцятипалої кишки, клінічні ознаки типового перебігу захворювання, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасних методів операційних втручань.
3. Вміти визначити і проаналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, виконувати фізикальне обстеження, визначати послідовність найбільш інформаційних методів діагностики та інтерпретувати їх, встановлювати і правильно формулювати клінічний діагноз, проводити диференційну діагностику перфораційної виразки з іншими захворюваннями.
4. Формування науково обґрунтованого підходу до оптимальної діагностичної програми, адекватного консервативного лікування перфораційної гастродуоденальної виразки та визначення показань до операції і обсягу хірургічного втручання у конкретних хворих.

III. Мета розвитку особистості

Формування професійних якостей майбутнього лікаря, ознайомлення з етичними і деонтологічними особливостями, які пов'язані зі спілкуванням з пацієнтами та колегами по роботі, розвиток клінічного мислення і відповідальності за самостійне прийняття рішень у конкретних ситуаціях. Знати нові тенденції сучасних методів діагностики і лікування пацієнтів із перфорацією гастродуоденальної виразки.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Таблиця 1

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
1. Анатомія і фізіологія	Анатомічну будову, кровопостачання, інервацію шлунка і дванадцятипалої кишки та функції цих органів	Визначити топографію різних відділів шлунка і дванадцятипалої кишки, співвідношення з іншими органами живота

2. Біохімія	Біохімічний склад шлункового соку, секреторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки та її регуляцію, участь в обміні речовин	Інтерпретувати зміни у загальному та біохімічному аналізі крові при типовій та атипівій формах перфораційної виразки
3. Патологічна анатомія і патологічна фізіологія	Теорії виникнення виразкової хвороби, морфологічні ознаки перфорації гастродуоденальної виразки	Описати макропрепарат, визначити клінічно-морфологічну форму виразки шлунка та дванадцятипалої кишки
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Послідовність опитування та огляду хворого, фізикального обстеження пацієнта із патологією шлунка, дванадцятипалої кишки та заочеревинного простору	Вияснити скарги та анамнез хвороби, провести поверхневу і глибоку пальпацію живота, визначити ознаки захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки
5. Фармакологія	Групи і представників антацидних та антигелікобактерних препаратів, знеболювальних середників, розчинів для інфузії, амінокислотних і білкових препаратів	Визначити схему консервативного перед- та післяопераційного лікування пацієнтів із перфораційною гастродуоденальною виразкою
6. Рентгенологія і радіологія	Інформаційність методів променевої діагностики в обстеженні пацієнтів із хворобами шлунка і дванадцятипалої кишки	Обґрунтувати показання до застосування рентгенологічного обстеження пацієнтів, ультрасонографії, комп'ютерної томографії, пояснити результати
Наступні дисципліни		
1. Хірургія	Методичні засади фізикального обстеження пацієнтів,	Провести комплексне обстеження хворого, визначити план

	діагностичний алгоритм, диференційну діагностику захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнення та сучасні методи лікування	необхідних лабораторних і інструментальних методів діагностики, провести диференційну діагностику і призначити необхідне лікування
2.Анестезіологія і реаніматологія	Клініку невідкладних станів, які виникають у хворих на виразкову хворобу, методи їх діагностики і терапії	Розпізнати симптоми невідкладних станів, провести диференційну діагностику і визначити оптимальні методи лікування
Внутрішньопредметна інтеграція		
1. Гострий панкреатит	Клініку і діагностику гострого панкреатиту	Перевірити симптоми подразнення очеревини, визначити симптоми Mayo-Robson та Kerte, пояснити результати лабораторних і променевих методів обстеження
2. Гострий апендицит	Клініку і діагностику гострого апендициту	Перевірити симптоми захисного напруження м'язів, Blumberg, Rovsing, Воскресенського, Сітковського, Kocher-Волковича, оцінити результати додаткових методів обстеження
3. Гострий холецистит	Клініку і діагностику гострого холециститу	Перевірити симптоми Ortner, Murphy, Kehr, DeMussy-Георгієвського, оцінити результати додаткових методів обстеження
4.Нирковокам'яна хвороба	Клініку і діагностику нирковокам'яної хвороби	Перевірити симптом Пастернацького, виявити лабораторні,

		сонографічні і рентгенологічні ознаки
--	--	---------------------------------------

V. Зміст теми заняття

Етіологія та патогенез

Перфорація виразки шлунка та ДПК – це прорив виразки та надходження шлунково-дуоденального вмісту і повітря у вільну черевну порожнину та, інколи, у заочеревинний простір. Серед ускладнень гастродуоденальних виразок, перфорація є безпосередньою загрозою для хворого через швидкий розвиток розлитого перитоніту.

Основні причини виникнення перфорації гастродуоденальних виразок розділяють на ті, що сприяють і ті, що провокують.

Сприяють виникненню перфорації:

- загострення виразкової хвороби, яке супроводжується прогресуючим процесом деструкції і некрозу стінки шлунка або дванадцятипалої кишки;
- фізичне навантаження;
- переповнення шлунка їжею;
- зловживання алкоголем;
- нервово-психічні розлади (стрес), які призводять до підвищення внутрішньочеревного, внутрішньошлункового тиску, викликають підвищення секреції з високою кислотністю шлункового соку.

До чинників, які провокують перфорацію, відносять проникнення у виразку вірулентної інфекції та виникнення місцевої гіперергічної реакції, яка викликає тромбоз вен. Тромбоз і тромбофлебіт вен шлунка, як місцева реакція на аутоімунний процес, спричиняють перфорацію.

Внаслідок перфорації виразок у черевну порожнину постійно надходить гастродуоденальний вміст, який діє на очеревину як хімічний, фізичний, а з часом і бактерійний подразник. У перші години під дією шлункового соку виникає асептичне запалення очеревини. Соляна кислота у черевній порожнині сприяє вивільненню вазоактивних медіаторів, які викликають похолодання кінцівок і низьку температуру тіла. Важкість симптомів залежить від кількості проникної рідини. Клінічна картина перфорації у цей період подібна до клініки шоку. Надалі, внаслідок адаптації до агресивної дії подразника, розведення соляної кислоти, парезу нервових закінчень очеревини (6-12 годин) значно зменшуються або зникають типові

ознаки перфорації. Стан хворого „покращується”, настає період „уявного благополуччя”. З розвитком бактерійного перитоніту, викликаного мікрофлорою (стрептококом, стафілококом, кишковою паличкою, тощо), запальний процес переходить у третю стадію – розлитого (загального) перитоніту.

У деяких хворих перфораційний отвір невеликого розміру може через певний час прикритися фібрином, сальником. При цьому загальний запальний процес обмежується і тимчасово набуває локального характеру – виникає прикрита перфораційна гастродуоденальна виразка.

Частіше перфорують виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки і препілоричної зони. Прорив виразки виникає у період загострення виразкової хвороби проте може наступати у пацієнтів, які не мали раніше симптомів пептичної виразки. Перфорують як гострі, так і хронічні виразки. Можлива перфорація кількох виразок одночасно.

Класифікація

Гастродуоденальні перфораційні виразки класифікують:

1) за етіологією:

- внаслідок виразкової хвороби;
- гострі стресові виразки (медикаментозні, гормональні та ін.)

2) за локалізацією:

- виразки шлунка (малої кривини, кардіальні, антральні, препілоричні, пілоричні передньої та задньої стінок);
- виразки дванадцятипалої кишки (передньої та задньої стінок)

3) за клінічними стадіями (періодами):

- період шоку;
- період уявного благополуччя;
- період перитоніту

4) за клінічними формами:

- перфорація у вільну черевну порожнину;
- прикрита перфорація;
- атипова перфорація.

Клінічна картина

Перфорація виразки у вільну черевну порожнину

У клінічному перебігу перфораційної виразки розрізняють три стадії.

1. Стадія шоку (триває 3-6 годин) – характеризується різким, постійним болем в епігастральній ділянці, який виникає раптово і виглядає як „удар кинджалом” (*симптом Dieulafoy*), біль, як правило, супроводжується явищами шоку. Біль може розповсюджуватися на праву половину живота, захоплюючи весь живіт, що пов’язано із затіканням вмісту шлунка і ексудату з підпечінкового простору по правому боковому каналу в праву клубову ділянку та інші відділи живота (при виразках антрального, пілоричного відділу шлунка та ДПК). При перфорації передньої стінки тіла шлунка, вміст шлунка може потрапляти під лівий купол діафрагми і розповсюджуватися вниз, вздовж низхідної частини товстої кишки. Іррадіація болю в праву і ліву лопатку, надключичні ділянки (*симптом Oelecker*) виникає через подразнення закінчень діафрагмального нерва. Характерний зовнішній вигляд хворого у перші години захворювання: бліде обличчя з переляком, покрите холодним потом, невеликий ціаноз губ. Пацієнт приймає вимушене положення частіше на правому боці з приведеними до різко напруженого живота ногами, при найменшому русі посилюється біль у животі. Температура тіла знижена або нормальна. Дихання поверхневе, часте (глибокий вдих неможливий через біль). Пульс нормальної частоти або сповільнений (*симптом Грекова*), артеріальний тиск знижений. При пальпації і перкусії живота – виражена болючість. При перкусії відзначають зменшення або відсутність печінкової тупості (*симптом Сніжарного, симптом Jobert*) через пневмоперитонеум при виході повітря зі шлунка через перфораційний отвір. Відзначають різке напруження м’язів передньої черевної стінки, живіт стає твердим, як дошка, позитивні симптоми подразнення очеревини (*симптом Blumberg*). Таке виражене напруження м’язів живота, яке розвивається після перфорації виразки, не буває при жодному іншому гострому захворюванні органів черевної порожнини. У пацієнтів з дряблою черевною стінкою, а також у стані алкогольного сп’яніння напруження м’язів може бути не виражено, у людей з надвагою воно маскується розвиненою підшкірною клітковиною. При ректальному дослідженні відзначають біль при натискуванні на передню стінку прямої кишки (*симптом Kulenkampff*).

Основні клінічні симптоми:

- „кинжальний” біль, виразковий анамнез, напруження м’язів передньої черевної стінки (*триада Mondor*);

- видимі втягнуті борозенки на передній черевній стінці, які відповідають перетинкам прямих м'язів живота (*симптом Дзбановського–Чугуєва*);
- зміщення білої лінії живота і пупка у хвору сторону (*симптом Coten–Meyer*);
- поперечна складка шкіри на рівні або вище пупка (*симптом Дзбановського*);
- при вдиху втягується черевна стінка одночасно з підйомом грудної клітки (*симптом Bailey*);
- при пальпації передньої черевної стінки в епігастральній ділянці можна відзначити поштовх газів, які проникають через перфораційний отвір (*симптом Юдіна–Якушева*);
- дослідження пупка кінчиком пальця викликає болючість внаслідок подразнення очеревини (*симптом Кримова*);
- симптом „плеску” при перкусії епігастральної ділянки (*симптом Гефтера–Щипіцина*);
- шум плеску при перкусії в ділянці мечоподібного відростка (*симптом Шефтера*);
- шум тертя під реберною дугою при аускультатії, який виникає внаслідок дії шлункового вмісту на очеревину (*симптом Brunner*);
- жорстке дихання у верхньому відділі живота (*симптом Кенигсберга*);
- при аускультатії хворого, який сидить, вислуховується металевий шум тертя над XII ребром зліва внаслідок виходу повітря зі шлунка у піддіафрагмальний простір (*симптом Brenner*);
- вислуховування тонів серця до рівня пупка внаслідок резонуючої дії повітря (*симптом Guiston*);
- вислуховування тонів серця до рівня пупка; перитонеальне тертя в підреберній або надчеревній ділянці; металевий дзвін чи сріблястий шум, який з'являється на вдиху (*триада Guiston*).

2. Стадія уявного благополуччя – (настає через 5-6 годин), характеризується зменшенням болю і напруження м'язів живота, покращенням суб'єктивного стану пацієнта. У цей період буває нудота і блювання. Проте, при аналізі клінічних ознак виявляють наростання ознак перитоніту, який розвивається: ейфоричність, тахікардія і тахіпное, підвищення температури тіла, сухість язика, здуття живота, затримка стільця і газів через парез кишок. Артеріальний тиск нормальний. При пальпації живіт болючий, визначають позитивні

симптоми подразнення очеревини. Аускультативно перистальтика в'яла.

3. Стадія перитоніту (розвивається через 10-12 годин) – відповідає вираженій клінічній картині дифузного перитоніту. У цій стадії встановити причину захворювання складно. Стан хворого важкий. Буває багаторазове блювання. Температура тіла висока (38-40⁰ С). Пульс 110-120 ударів у хвилину, слабкого наповнення. Артерійний тиск понижений. Внаслідок зневоднення та інтоксикації риси обличчя загострені, очі гублять блиск, шкіра суха. Дихання поверхневе, часте. Язик і слизова рота сухі. Живіт здутий, черевна стінка розтягнута і напружена (еластичне напруження), болюча при пальпації і перкусії, визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика відсутня. Визначається вільна рідина в черевній порожнині – притуплення перкусійного звуку внизу живота і бокових відділах (*симптом De Querven*). Внаслідок зневоднення і розвитку ниркової недостатності зменшується діурез.

Перфорація гастродуоденальної виразки у старечому віці частіше перебігає типово, проте у деяких пацієнтів хвороба починається не раптово. Усі симптоми, включно з напруженням м'язів передньої черевної стінки, можуть бути невираженими, іноді локалізація болю не відповідає локалізації ураженого органа.

Бувають й інші варіанти перебігу перфораційної виразки.

Прикрита перфорація. Цей варіант клінічного перебігу проривної гастродуоденальної виразки у вільну черевну порожнину буває, коли отвір через деякий час після перфорації прикривається плівками фібрину, суміжнім органом (печінкою, великим чепцем та ін.) або, іноді, закривається зсередини складкою слизової оболонки. Прикрита перфорація більш характерна для виразки, що локалізується на передній стінці дванадцятипалої кишки.

На початку захворювання з'являються типові ознаки перфорації виразки у вільну черевну порожнину – раптово виникає гострий біль в епігастрії, „дошкоподібне” напруження м'язів передньої черевної стінки. Потім ці явища поступово зменшуються. Характерне стійке напруження м'язів черевної стінки у правому верхньому квадранті живота при загальному задовільному стані пацієнта – (*симптом Ратнера-Віккера*). В інших відділах живота черевна стінка м'яка, неболюча, симптоми подразнення очеревини відсутні. У подальшому

навіть при прикритій перфорації може розвиватися загальний перитоніт.

Перфорація виразки задньої стінки шлунка. При цьому шлунковий вміст частіше всього скупчується у чепцевій сумці, що призводить спочатку до утворення інфільтрату, а потім і абсцесу, який може вскритися у вільну черевну порожнину. Клінічні симптоми такої атипової перфорації розвиваються поволі (протягом однієї чи декількох діб). Виникає значний больовий синдром. Біль локалізується у надчеревній ділянці. Потім з'являються ознаки, які характерні для формування абсцесу у малому чепці: підвищення температури тіла, озноб, тахікардія, локальне напруження м'язів у надчеревній ділянці. Не виявляють вільної рідини у черевній порожнині, перкусійно збережена „печінкова тупість”.

При **перфорації виразки кардіального відділу шлунка** вміст накопичується між листками малого чепця. При цьому легко може скластися уява про загострення виразкової хвороби або, навіть, інфаркту міокарда. Діагностика утруднена. Певною мірою завдання може полегшити виразковий анамнез. Проте, вирішальним моментом діагностики стає визначення підшкірної емфіземи у підключичній ділянці (*симптом Podlach*).

Перфорація виразок, які локалізуються у нижніх відділах дванадцятипалої кишки на її задній стінці зустрічається дуже рідко. При такому виді перфорації виразки кишкового вміст попадає у заочеревинний простір (клітковину). У хворого раптово виникає різкий біль у надчеревній ділянці, який іррадіює в спину. Протягом перших двох діб інтенсивність больового синдрому зменшується. Виникають ознаки розвитку заочеревинної флегмони. Температура тіла висока, відзначаються озноби, тахікардія. Справа від хребта на рівні Th_x-Th_{xII} з'являється припухлість, різка болючість при пальпації, а нерідко і крепітація. Ця ознака може визначатися в навколопупкової ділянці (*симптом Viguazo*) внаслідок розповсюдження газу по круглій зв'язці печінки. Під час операції на задній пристінковій очеревині біля дванадцятипалої кишки можна побачити жовту пляму (*симптом Winiwarter*).

Діагностика

1. Лабораторні методи обстеження

Загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові – визначають білірубін, загальний білок, глюкозу, калій, натрій, кальцій, хлор, креатинін, сечовину, амілазу, аспаратамінотрансферазу (АсАТ), аланінамінотрансферазу (АлАТ). Доцільно визначити коагулограму, виконати загальноклінічний аналіз сечі.

У ранні терміни після перфорації лабораторні показники частіше нормальні, за виключенням лейкоцитозу і, можливо, помірної гіперамілаземії. Пізніше визначаються ознаки синдрому системної запальної відповіді, зокрема зниження функції нирок і гіпоксія.

2. Рентгенологічне обстеження – провідний додатковий метод діагностики перфорації гастродуоденальної виразки.

При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини у стоячому положенні хворого виявляють повітря в черевній порожнині у вигляді „серпа” під куполом діафрагми. Це характерна ознака перфорації органа. Також діагностують високе стояння діафрагми і обмеження її рухомості, пневматоз тонкої і товстої кишки, який виникає внаслідок парезу.

При обстеженні хворого лежачи на правому боці можна визначити деформацію дугоподібного контура шлунка (*симптом Юдіна*).

При перфорації виразки задньої стінки шлунка вільного газу в черевній порожнині можна не виявити. Для підтвердження діагнозу хворим під контролем рентгеноскопії дають випити водорозчинний контраст, при цьому спостерігають вихід контрасту за межі шлунка. При формуванні абсцесу сальникової сумки констатують рівень рідини.

При застосуванні подвійного контрастування, після евакуації шлункового вмісту тонким зондом вводять під контролем рентгеноскопії повітря і 40-60 мл водорозчинного контрасту. Цей метод дозволяє не тільки визначити вільний газ у черевній порожнині, але і вихід контрастної речовини за межі органа на рівні перфорації.

3. Ендоскопічна фіброгастродуоденоскопія (ЕФГДС)

Метод ЕФГДС використовують у хворих із сумнівною клінічною картиною, особливо у випадку прикритої або атипової перфорації. Це обстеження дає можливість не тільки підтвердити наявність перфорації, але й уточнити її локалізацію та виявити численні ураження.

Ендоскопічна картина перфорації характеризується відсутністю дна виразки, обривом її білуватих країв та ознаками гострого запального процесу довкола виразки. Виразка, яка обмежена ригідними кальозними краями, має форму циліндра або конуса з основою, поверненою в просвіт органа. Вона може бути заповнена шматочками їжі та брудно-сірим некротичним нальотом. При утрудненій ендоскопічній діагностиці застосовують інсуфляцію повітря в кратер гастродуоденальної виразки. Проходячи через перфораційний отвір, повітря накопичується під печінкою або діафрагмою, після чого можна бачити характерну для перфорації порожнистого органа рентгенологічну картину.

4. Ультрасонографія (УСГ)

Цей метод застосовують здебільшого для дообстеження пацієнта і диференційної діагностики з гострими захворюваннями інших органів черевної порожнини і заочеревинного простору. Патогномічним симптомом перфорації гастродуоденальної виразки при УСГ є перерваний зовнішній контур стінки органа у ділянці виразкового дефекту, який розташований у потовщеній гіпоехогенній ділянці стінки. Також при цьому захворюванні знаходять газ і рідину в черевній порожнині.

5. Лапароскопія

Діагностичну лапароскопію при перфораційній гастродуоденальній виразці застосовують, якщо інші діагностичні методи виявилися недостатніми для встановлення діагнозу. При цьому обстеженні є можливість оглянути органи черевної порожнини, виявити характер патології, візуально підтвердити наявність перфорації, точно діагностувати її локалізацію та визначити умови для операційного втручання і вид операції.

Під час цієї маніпуляції, яку виконують з метою диференційної діагностики гострих запальних захворювань органів черевної порожнини, може бути застосовано лапароскопічну техніку операції або подальший перехід на відкрите хірургічне втручання.

Диференційний діагноз

Перфораційну виразку диференціюють від захворювань, при яких виникає гострий біль у верхніх відділах живота:

1) хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) – загострення виразкової хвороби шлунка і ДПК, гостра флегмона шлунка, заворот шлунка, перфорація злоякісних пухлин шлунка;

2) гострий холецистит;

3) гострий панкреатит;

4) гострий апендицит;

5) хвороби серцево-судинної системи (тромбоз і емболія судин брижі, розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти, інфаркт міокарда);

6) хвороби дихальної системи (базальна пневмонія, плеврит, спонтанний пневмоторакс);

7) ниркова коліка.

Перфорація пухлини шлунка. Переважають хворі у віці старше 50 років. В анамнезі можуть бути симптоми, характерні для пухлини шлунка: зниження апетиту, слабкість, схуднення, попередній ахілічний гастрит. Іноді пальпують пухлину в епігастрії. Клінічні прояви перфорації пухлини є аналогічними до проявів перфорації виразки. У діагностиці допомагають ендоскопічне та рентгенологічне обстеження, УСГ, з допомогою яких виявляють ознаки пухлинного ураження.

Гострий холецистит частіше діагностують у жінок. Інтенсивний біль провокується жирною і смаженою їжею, локалізується в правому підребер'ї, іррадіює у праву лопатку і плече. Біль супроводжується багаторазовим блюванням, яке не приносить полегшення. В анамнезі – повторні приступи печінкової коліки, іноді з підвищенням температури і жовтяницею. При пальпації живота визначають напруження м'язів у правому верхньому квадранті живота, яке ніколи не буває таким вираженим, як при перфорації виразки. Печінкова тупість при перкусії збережена. Іноді можна пропальпувати болючий збільшений жовчний міхур. При УСГ знаходять потовщення і розшарування стінки жовчного міхура, конкременти у його просвіті.

Гострий панкреатит починається з різкого постійного болю у верхній половині живота, який носить оперізуючий характер. Виникненню болю передують вживання алкоголю та жирної їжі. Для цієї патології характерне багаторазове блювання. У хворих немає дошкоподібного напруження м'язів передньої черевної стінки, може бути здуття живота через парез кишок. При пальпації живіт болючий у проекції підшлункової залози. Печінкова тупість збережена. В крові визначається гіперамілаземія, гіперліпаземія.

Гострий апендицит Диференціювати перфорацію виразки від гострого апендициту буває складно у випадку, коли у момент перфорації біль у верхній половині живота був неінтенсивним, а гастродуоденальний вміст, розповсюджуючись правим латеральним каналом у праву здухвинну ділянку, викликає біль і напруження м'язів черевної стінки в правому нижньому квадранті живота. Подібність динаміки больового синдрому при перфорації виразки з клінічною картиною гострого апендициту, недооцінка клінічних симптомів і недоліки в обстеженні пацієнта спричинюють помилковий діагноз гострого апендициту, з приводу якого проводять операційне втручання. Якщо червоподібний відросток не змінений або дещо гіперемований, при цьому у черевній порожнині є мутний випіт, який надходить з верхнього поверху живота, то під час операції виникає підозра на перфорацію гастродуоденальної виразки. В ексудаті можуть бути домішки жовчі, слиз, залишки їжі.

Тромбоз і емболія судин брижі – це ускладнення серцево-судинних захворювань переважно в людей похилого віку. Характерно раптове виникнення сильного болю у животі без певної локалізації. Хворі неспокійні, часто змінюють положення. Об'єктивно є тахікардія, часто аритмія, швидко розвивається колапс. Температура тіла знижена. Бувають рідкі випорожнення, іноді з кров'ю. Живіт піддутий, м'який при пальпації. Вислуховуються поодинокі перистальтичні шуми. При ректальному дослідженні можна виявити кров у прямій кишці. У цих пацієнтів при дослідженні коагулограми часто діагностують гіперкоагуляцію.

Розшаровуюча аневризма аорти частіше трапляється у людей похилого віку. Раптово виникає інтенсивний біль у верхній половині живота. При обстеженні у животі виявляють нерухомий болючий пульсуючий утвір, над яким можна вислухати грубий систолічний шум. При пальпації виражене напруження м'язів черевної стінки. Є тахікардія, артеріальний тиск знижений. Пульсація на стегнових і клубових артеріях послаблена.

Інфаркт міокарда (гастралгічна форма) характеризується виникненням гострого болю в епігастрії, що іррадіює в ділянку серця та міжлопаткову ділянку. Основним методом діагностики є електрокардіографія, на якій виявляють свіжі вогнищеві зміни міокарда. Язик вологий. Живіт м'який, іноді болючий в епігастральній

ділянці. Печінкова тупість збережена. Прослуховуються перистальтичні шуми.

Базальна пневмонія і плеврит. Біль у верхній половині живота виникає гостро, посилюється при диханні та кашлі. Дихання поверхневе, при аускультатії в нижніх відділах грудної клітки можна виявити шум тертя плеври, хрипи, жорстке дихання. Температура тіла підвищується до 38-40⁰С, є тахікардія. Язик вологий. Живіт при пальпації може бути помірно напруженим та болючим в епігастрії. Печінкова тупість збережена. Перистальтика задовільна. Діагноз підтверджують при рентгенографії легень.

Спонтанний пневмоторакс – ускладнення бульозної емфіземи легень. Характерний раптовий гострий біль у правій чи лівій половині грудної клітки з іррадіацією в епігастральну ділянку. На стороні ураження дихання не вислуховується. При рентгенологічному обстеженні виявляють повітря в плевральній порожнині й колабовану легеню.

Ниркова коліка проявляється раптовим гострим болем у правій чи лівій поперековій ділянці з іррадіацією в пахвинну ділянку, статеві органи, супроводжується дизуричними явищами. Хворий неспокійний, збуджений, кричить через біль. Живіт дещо піддутий і напружений, „печінкова тупість” збережена, у черевній порожнині не визначають вільної рідини, перистальтика без особливостей. В аналізі сечі виявляють незмінні еритроцити. Велике значення у діагностиці має метод УСГ, з допомогою якого візуалізують конкременти і розширення видільної системи нирки. При оглядовій рентгенографії можна виявити тіні конкрементів у проекції нирок та сечоводів. На екскреторній урограмі діагностують розширені чашково-мисковий сегмент та сечоводи.

У період гнійного перитоніту, який розвинувся внаслідок перфораційної виразки, диференційну діагностику проводять між перфорацією гастродуоденальної виразки та всіма гострими захворюваннями черевної порожнини (гострий деструктивний холецистит, деструктивний панкреатит, деструктивний апендицит, гостра кишкова непрохідність, тромбоз мезентерійних судин). Показано термінове операційне втручання для виявлення джерела перитоніту і його лікування.

Лікування

Перфорація виразки у вільну черевну порожнину є абсолютним показанням до екстреного операційного втручання. Чим раніше встановлено діагноз і проведено операцію, тим більше шансів у пацієнта на одужання. Основним доступом при операції з приводу перфораційної гастродуоденальної виразки є верхня серединна лапаротомія. Інші доступи, застосовують за індивідуальними показаннями. При розтині передньої черевної стінки, нерідко виявляють випинання очеревини (у вигляді вітрила), що зумовлено наявністю вільного газу в черевній порожнині. При ревізії виявляють каламутну рідину з домішками жовчі, слизу або шматків їжі.

Якщо перфораційний отвір розташований на передній стінці шлунка або ДПК, знайти його легко. Як правило, він має характерну округлу форму (у вигляді удару пробійником). Навколо отвору часто є гіперемія серозної оболонки, нашарування фібрину. Ділянку виразки пальпують у вигляді інфільтрату різної щільності із заглибленням з боку слизової оболонки (кратером виразки).

При перфорації низько розташованої виразки ДПК, виразки малої кривини шлунка, задньої поверхні шлунка та ДПК, а також при прикритій перфорації можуть виникати складнощі в інтраопераційній діагностиці. У таких хворих слід обстежити усі відділи шлунка і ДПК, розділити зрости з іншими органами, розкрити чепцеву сумку і оглянути задню стінку шлунка.

Після знаходження перфораційного отвору та видалення шлунково-дуоденального вмісту з черевної порожнини вирішують питання про вибір способу та обсягу операційного лікування, який відіграє важливу роль у досягненні добрих безпосередніх і віддалених результатів лікування хворих. Фактори, які впливають на вибір методу хірургічного втручання у пацієнтів з перфорацією гастродуоденальної виразки:

- важкість стану пацієнта;
- час, який минув від початку перфорації;
- стадія розвитку та поширення перитоніту;
- локалізація та морфологічні особливості виразки;
- вік пацієнта і наявність супровідної патології.

1. Зашивання перфораційного отвору – найбільш розповсюджена операція при цій патології, частота її виконання сягає 80%. Зашивання отвору при перфораційній виразці дванадцятипалої кишки є основою

лікування. Це може бути зроблено лапароскопічно чи відкритим методом. Використовують техніку Graham – прикриття лінії швів пасмом чепця.

Лікування перфораційної виразки шлунка здійснюється, як при виразці дванадцятипалої кишки, з одною відмінністю. Повинна бути виключена малігнізація виразки, яка зустрічається у 2 – 15% хворих. Тому висікають краї виразки або проводять біопсію з чотирьох боків при неможливості висічення.

При перфорації кальозних виразок із широко інфільтрованими краями, коли шви, накладені на виразку, прорізуються і зашити її неможливо, рекомендують пластичні способи закриття перфораційного отвору: тампонада перфораційного отвору клаптем великого чепця на судинній ніжці (Оппель-Полікарпов). Методи пластики трикутним серозно-м'язовим клаптем, викроєним зі стінки шлунка вище перфораційного отвору, з основою поверненою до виразки (Серебрянников Л.В., Снежков В.П., 1940); складкою стінки шлунка, яка підшивається зверху і навколо отвору (Корочанський В.А., 1927) не отримали розповсюдження.

Якщо при зашиванні перфораційної виразки звужується просвіт пілоричного відділу шлунка або ДПК і неможливо виконати пілоропластику, тоді вимушено виконується гастроентеростомія.

2. *Ваготомія*. Для зменшення частоти рецидиву виразки операцію доповнюють проксимальною ваготомією. Але для цього дотримуються наступних умов: від часу перфорації пройшло не більше 10-12 годин; у хворого повинна бути стабільна гемодинаміка і відсутні тяжкі захворювання серця, легень або нирок; повинні бути ознаки хронічної виразки.

Проте, можливості сучасної противиразкової терапії ставлять під сумнів доцільність використання цієї операції.

3. *Резекція шлунка* – операція, яку виконують у невідкладній хірургії при суворих показаннях: надходження хворих у перші 6 годин від моменту перфорації, при відсутності ознак перитоніту; задовільному стані пацієнта; ускладнення виразки пенетрацією, стенозом або підозрою на малігнізацію; кваліфікована бригада хірургів.

Кінцевим етапом операції при перфораційних виразках є ретельна санация черевної порожнини. Необхідно видалити шлунково-дуоденальний вміст та ексудат, особливо з правого і лівого

піддіафрагмальних просторів, малого тазу, бокових каналів, після чого проводять санацію розчинами антисептиків та дренивання черевної порожнини. При відсутності перитоніту дренажні трубки заводять у підпечінковий простір. Кількість і локалізація дренажів залежать від характеру та розповсюдженості перитоніту. Важливою умовою є введення під час операції у шлунок або ДПК зонда або інтубація тонкої кишки. Це дозволяє проводити декомпресію органів та зменшувати вплив їх вмісту на лінію швів.

На думку більшості авторів летальність і частота ранніх післяопераційних ускладнень залежать, передовсім, від кількості оперованих пацієнтів з високим ризиком несприятливих наслідків. Головними чинниками ризику більшість авторів вважають вік пацієнта більше 60 років, важкі супровідні захворювання, передопераційний шок (систоличний артерійний тиск не вище 90 мм рт. ст.) та тривалість з моменту перфорації більше 24 годин.

4. Лапароскопічні втручання – новий напрямок у хірургії перфораційної гастродуоденальної виразки. Ці операції мають косметичні переваги перед класичними, характеризуються зменшенням больового синдрому у післяопераційному періоді і, відповідно, зменшенням потреби у знеболюючих препаратах, ранніми термінами активізації хворих та відновлення функцій травного каналу, зменшенням терміну стаціонарного лікування. Перша лапароскопічна операція, яка відповідає загальноприйнятим хірургічним канонам, виконана Nathanson L.K. у 1990 році. Автор виконав ушивання перфораційного отвору діаметром до 3мм, розташованого на передній стінці ДПК з додатковою герметизацією пасмом великого чепця. Вже через два роки ушивання перфораційної виразки з використанням лапароскопічної техніки виконувалися щонайменше у десяти клініках. Лапароскопічна операція доцільна у хворих без гіповолемічного шоку, тривалістю захворювання менше 10-12 годин і перфораційним отвором менше 6 мм.

Лапароскопічні операції при цій патології супроводжуються значними технічними труднощами, тому деякі автори рекомендують проводити санацію і дренивання черевної порожнини лапароскопічно, а ушивання перфорації – з мінідоступу (3-4см) з використанням набору ретракторів та локального освітлення.

Останнім часом опубліковані повідомлення про успішне виконання органозберігальних операцій при перфораційних виразках лапароскопічним методом.

Загальновизнаними протипоказаннями до лапароскопічного зашивання перфораційної виразки є розлитий перитоніт з парезом кишок; діаметр перфораційного отвору більше 1см та його локалізація на малій кривині шлунка; поєднання перфорації зі стенозом або кровотечею, циркулярною виразкою; виражений перифокальний інфільтрат.

Отже, вид і обсяг операційного втручання при перфораційних гастродуоденальних виразках визначають індивідуально, залежно від часу з моменту перфорації, проявів перитоніту, віку пацієнта, характеру і тяжкості супровідної патології, кваліфікації бригади, яка оперує хворого.

У післяопераційному періоді хворим у перші три доби призначають анальгетики. Обов'язковою є антибактерійна терапія. Доцільно застосувати антибіотики широкого спектру дії в комбінації з іншими антибактерійними препаратами. Важливим компонентом післяопераційного лікування є інфузійна терапія. Її проведення сприяє відновленню об'єму крові, що циркулює, покращанню реологічних властивостей крові та процесу регенерації, дезінтоксикації організму.

Консервативне лікування перфораційної виразки за методом Taylor

Це лікування застосовують у виняткових випадках – при категоричній відмові хворого від операції, при відсутності хірурга та умов до втручання.

Проводять такі лікувальні заходи:

- назогастральна інтубація шлунка,
- постійна аспірація шлункового вмісту,
- введення препаратів, що знижують шлункову секрецію,
- введення внутрішньовенно та внутрішньом'язово не менше трьох антибіотиків широкого спектру дії,
- проведення інфузійної терапії та рентгенологічного обстеження органів черевної порожнини.

Аспірація закінчується після того, як шлунковий вміст втратив зеленкуватий колір. Перед видаленням зонда вводять водорозчинний контраст та рентгенологічно отримують достовірну інформацію про відсутність його витікання за межі шлунка і ДПК.

Пацієнт з перфорацією довше 48 годин може лікуватися консервативно, якщо відсутні явища перитоніту і контрастне рентгеноконтрастне дослідження вказує, що перфорація ізольована. Необхідне ретельне спостереження, щоб виявити можливий розвиток внутрішньочеревного абсцесу. При його діагностиці, можна застосувати черезшкірне дренивання під контролем УСГ та комп'ютерної томографії. Проте, цей метод ще не може бути запропонований для широкого використання, а впроваджується тільки у підготовлених спеціалізованих центрах.

VI. План та організаційна структура заняття

Таблиця 2

№	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальна мета у рівнях засвоєння	Методи навчання і контролю	Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи				3 хв.
2.	Визначення актуальності, навчальної мети і мотивація			П.1 Актуальність П.2 Навч. мета	45 хв.
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок та вмінь: 1. Етіологія та патогенез перфораційної виразки	I	Опитування	Питання	
	2. Клініка	II	Опитування, тести	Питання, тести II рівня	
	3. Діагностика	II	Ситуаційні задачі, тести	Типові задачі, тести II рівня	
	4. Лікування	II	Ситуаційні задачі, тести	Типові задачі, тести II рівня	

4.	<p>Основний етап</p> <p>Формування у студентів професійних навичок і вмінь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оволодіти навичками об'єктивного огляду 2. Провести курацію хворого 3. Скласти план обстеження пацієнта 4. Провести диференційну діагностику 5. Запропонувати план лікування 	III	<p>практичний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p>	<p>Тематичні хворі</p> <p>Хворі, медичні карти</p> <p>Ситуаційні задачі і тести III рівня</p> <p>Алгоритми діагностики, нетипові ситуаційні задачі</p> <p>нетипові задачі і тести III рівня</p>	105 хв.
5.	<p>Заклучний етап</p> <p>Контроль та корекція професійних вмінь та навичок</p>	III	Індивідуальний контроль навичок, аналіз і оцінка результатів клінічної роботи, рішення ситуаційних задач, тести III рівня	Задачі і тести III рівня	30 хв.
6.	Підведення підсумків заняття:			Результати курації хворих,	

7.	теоретичного, практичного, організаційного Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)			протоколи Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	
----	--	--	--	---	--

III. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Питання до теми ($\alpha = I$, $\alpha = II$)

1. Анатомічна будова шлунка та дванадцятипалої кишки, топографічна анатомія, особливості кровопостачання та інервації.
2. Функція шлунка та дванадцятипалої кишки, будова слизової оболонки, участь у травленні та обміні речовин в організмі.
3. Особливості етіології і патогенезу перфораційної гастродуоденальної виразки.
4. Класифікація захворювання.
5. Клінічна картина перфораційної виразки.
6. Лабораторні методи обстеження та їх інтерпретація.
7. Інструментальні методи діагностики, їх діагностична цінність.
8. Прикрита перфорація, клініка та діагностика.
9. Перфорація задньої стінки шлунка, клініка та діагностика.
10. Диференційна діагностика перфораційної виразки.
11. Значення консервативної терапії у приготуванні хворих до операції та в післяопераційному періоді.
12. Тактика лікування хворих із прикритою перфораційною виразкою.
13. Хірургічне лікування атипової перфорації.
14. Види хірургічних втручань при перфораційній гастродуоденальній виразці.
15. Визначення обсягу операційного втручання у пацієнтів з перфорацією виразки шлунка та ДПК.

Тестові завдання ($\alpha = II$)

1. Як можна пояснити причину виникнення напруження м'язів у правій клубовій ділянці, що виникає при перфорації виразки дванадцятипалої кишки:

- A. Рефлекторні зв'язки через спинномозкові нерви;
- B. Накопичення повітря у черевній порожнині;
- C. Затікання кислого шлункового вмісту правим боковим каналом;
- D. Розвиток розлитого перитоніту;
- E. Вісцero-вісцеральні зв'язки з червоподібним відростком.

Еталон відповіді: C.

2. Виберіть ускладнення виразки шлунка, для якого характерне вимушене положення хворого з приведеними до живота ногами і „дошкоподібне” напруження м'язів живота:

- A. Пенетрація виразки у малий чепець;
- B. Прикрита перфорація;
- C. Пенетрація у підшлункову залозу;
- D. Перфорація у вільну черевну порожнину;
- E. Декомпенсований стеноз воротаря, що перебігає з вираженими водно-електролітними порушеннями.

Еталон відповіді: D.

3. Найчастіше перфоруєть виразки:

- A. Задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки;
- B. Кардіального відділу шлунка;
- C. З пенетрацією у підшлункову залозу;
- D. Задньої стінки тіла шлунка;
- E. Передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки та препілоричної зони.

Еталон відповіді: E.

4. Хворому 32 років з прикритою перфорацією виразки 12-палої кишки, який шпиталізований через добу від моменту захворювання, показано:

- A. Екстрена операція;
- B. Тільки консервативне лікування;
- C. Операція у випадку неефективності консервативного лікування;
- D. Лікування за методом Taylor;
- E. Лапароскопічне дронування черевної порожнини.

Еталон відповіді: A.

5. Один з наведених симптомів не є характерним для перфораційної виразки:

- A. Кинджальний біль у животі;
- B. Дошкоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки;
- C. Позитивний симптом Blumberg;

Д. Позитивний симптом „зникнення печінкової тупості”;

Е. Блювання, яке не дає полегшення.

Еталон відповіді: Е.

Типові задачі (α = II)

1. Пацієнт Н., 36 років, скаржиться на інтенсивний біль у правій половині живота, нудоту. Вважає себе хворим протягом 2 годин, коли раптово виник „кинджальний” біль в епігастральній ділянці. В анамнезі періодичний біль у верхній половині живота та печія. Об’єктивно: пульс 68 уд. за хвилину, АТ 120/80 мм рт.ст. Живіт овальної форми, симетричний, не здутий, права половина відстає в акті дихання. При пальпації живота визначається напруження м’язів передньої черевної стінки, більше у правій половині. Печінкова тупість не визначається. Попередній діагноз? Який метод дослідження необхідний для підтвердження діагнозу?

Еталон відповіді: попередній діагноз – перфораційна гастродуоденальна виразка. Для підтвердження діагнозу необхідно провести оглядову рентгенографію органів черевної порожнини.

2. У клініку невідкладної хірургії доставлено молодого чоловіка з клінікою перфораційної виразки шлунка через 12 годин від початку захворювання. Його терміново скеровано в операційну для передопераційної інфузійної терапії. Під час операції діагностовано розлитий гнійний перитоніт. Яка хірургічна тактика? Яка операція вибору при перфораційній виразці шлунка в умовах гнійного перитоніту?

Еталон відповіді: ушивання перфорації, промивання і дренивання черевної порожнини.

3. У хворого 35 років, який 4 роки хворіє на виразкову хворобу, діагностовано перфораційну виразку 12-палої кишки. Тривалість захворювання - 15 годин. Якій операції слід за таких обставин віддати перевагу?

Еталон відповіді: необхідно провести вшивання перфораційного отвору.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу:

Професійні алгоритми для формування навичок та вмінь

Таблиця 3

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою визначення симптомів Спіжарного, тріада Mondor, Blumberg.	1) Зменшення або відсутність печінкової тупості при перкусії живота 2) “Кинджальний” біль, виразковий анамнез, напруження м’язів передньої черевної стінки 3) Різде посилення болючості при швидкому знятті пальпуючої руки після натискання на передню черевну стінку	Перевірити симптоми у хворого з перфораційною гастродуоденальною виразкою Звернути увагу на реакцію хворого при перевірці цих симптомів
2.	Провести курацію хворого	1) Скарги 2) Анамнез хвороби 3) Анамнез життя 4) Об’єктивний огляд	Звернути увагу на поведінку хворого, колір шкіри, наявність болючості у епігастрію та напруження м’язів передньої черевної стінки. Перевірити симптоми Спіжарного, тріаду Mondor, Blumberg.

2. Матеріали контролю для завершального етапу

Нетипові задачі ($\alpha = \text{III}$)

У хворого з тривалим “шлунковим” анамнезом на роботі раптово з’явився різкий біль у верхній половині живота. Було одноразове блювання. Хворий змушений був лягти, через півгодини біль набагато зменшився і пацієнт самостійно пішов додому. Наступного дня залишився біль малої інтенсивності у правому підребер’ї, температура тіла до $37,6^{\circ}\text{C}$. При огляді живіт м’який, неболючий, за винятком правого підребер’я, де відзначається помірна болючість, напруження м’язів, позитивні симптоми Ortner, Ратнера-Віккера, слабопозитивний симптом Blumberg. Який ваш діагноз? Лікувальна тактика?

Еталон відповіді: у хворого прикрита перфораційна виразка. Необхідне операційне лікування зашивання перфораційного отвору, санація і дренування черевної порожнини.

3. Матеріали для забезпечення самопідготовки студентів
Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з літературою

Таблиця 4

Навчальні завдання	Вказівки до завдання
<p>Вивчити:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Етіологію і патогенез 2. Клінічну картину 3. Діагностику 4. Диференційну діагностику 5. Ускладнення 6. Лікування 	<p>Назвати основні етіологічні чинники виразкової хвороби, механізм розвитку перфорації виразки, вплив на органи і системи.</p> <p>Вказати клінічні ознаки перфорації гастродуоденальної виразки, стадії захворювання та основні симптоми захворювання.</p> <p>Визначити необхідний перелік лабораторних і інструментальних методів обстеження.</p> <p>Заповнити таблицю диференційної діагностики.</p> <p>Знати ускладнення перфораційної виразки, їх клінічну картину та методи діагностики, післяопераційні ускладнення.</p> <p>Скласти схему лікувальної тактики (хірургічне лікування, передопераційна та післяопераційна консервативна терапія, роль і місце малоінвазивного лікування) у пацієнтів із перфораційною гастродуоденальною виразкою.</p>

VIII. Література

Навчальна:

1. В.І. Бондарев, Р.В. Бондарев, О.О. Васильев та ін. Хірургія: підручник за редакцією професора П.Г.Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – 968с.
2. Захараш М.П., Пойда О.І., Кучер М.Д. та ін. Хірургія, – Київ: Медицина, 2006. – 656с.
3. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія, – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 504с.
4. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П. Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Шпитальна хірургія, - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 590с.
5. Кондратенко П.Г. Хірургічні хвороби. – Харків: Факт, 2006. – 816с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 1995. – 640с.
7. Шідловський В.О., Захараш М.П. Факультетська хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544с.

Наукова:

1. А.А. Шаліков, В.Ф. Саєнко Хирургия пищеварительного тракта, – Київ: Здоров'я, 1987. – 567с.

Методична:

1. Методичний посібник з факультетської хірургії. – Львів, 2001. – 192с.