

Оптимізація викладання хірургічних дисциплін при підготовці фахівців сімейної медицини на додипломному рівні навчання

Б. О. Мігенько, Л. С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Якість надання медичної допомоги населенню країни залежить від рівня підготовки майбутніх лікарів. Формування професійної компетентності лікаря загальної практики–сімейного лікаря вимагає набуття широкого спектра мультидисциплінарних знань. Для створення умов успішного навчального процесу застосовують інноваційні технології, насамперед інтерактивних методів навчання. Великий обсяг матеріалу, яким повинен оволодіти лікар загальної практики–сімейний лікар спонукає до впровадження інноваційних та інтегральних педагогічних методів, що оптимізують можливості набуття знань і формування спеціальних практичних навичок і вмінь, зокрема хірургічних.

У статті розглянуто нові погляди комплексного підходу до лікування хворих на гострі хірургічні захворювання, проаналізовано сучасні методи і перспективи напрямки реабілітації хірургічних пацієнтів у ході підготовки лікаря загальної практики–сімейного лікаря на додипломному рівні.

На підставі аналізу діючих навчальних планів і програм освіти лікарів з фаху «Загальна практика–сімейна медицина», оцінювання набутих теоретичних знань, спеціальних практичних навичок та умінь надані рекомендації щодо впровадження інноваційно-інтегральних методик навчання основам хірургічного контенту дисципліни «Загальна практика–сімейна медицина».

У статті розкриваються аспекти надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги населенню України, яка на сьогодні набуває вагомому медико-соціальному значущості. За останні 5 років збільшилась поширеність захворюваності органів травлення та смертності внаслідок хвороб.

Надзвичайно актуальним на додипломному рівні вважають вивчення ознак маніфестації, варіантів клінічного перебігу, діагностичної тактики, встановлення діагнозу. Обов'язковими є знання основних діагностичних і тактичних помилок при гострих хірургічних захворюваннях шлунка і дванадцятипалої кишки. Майбутнім лікарям загальної практики–сімейним лікарям необхідно знати основні клінічні ознаки гострих хірургічних захворювань гепатобілярної системи та підшлункової залози, удосконалювати навички опитування пацієнта (збір скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, з акцентом на фактори ризику), вміти провести об'єктивне дослідження, визначити оптимальний план обстеження для підтвердження діагнозу, встановити діагноз, а також засвоїти алгоритм заповнення медичної документації і вміти визначати термін непрацездатності хворих після оперативних втручань.

Для підвищення ефективності і результативності на етапах навчального процесу слід застосовувати інтерактивні, інноваційні методи, різні підходи до діагностики та лікування. Проведення невідкладної допомоги та реабілітації хворих, вирішення проблемних ситуацій реалізують більш ефективну підготовку з хірургії до практичної діяльності лікаря зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».

Ключові слова: гострі хірургічні захворювання, інтерактивні, інноваційні методи навчання, загальна практика–сімейна медицина.

Optimization of the teaching of surgical disciplines in the training of family medicine specialists at the undergraduate level of education

B. O. Migenko, L. S. Babinets

The quality of medical care for the population depends on the level of training of future doctors. The formation of professional competence of a general practitioner-family doctor requires a wide range of multidisciplinary knowledge. The innovative technologies, especially interactive teaching methods, are used to make the conditions of a successful educational process. A large amount of material that a general practitioner-family doctor should master encourages the introduction of innovative and integral pedagogical methods that optimize the possibilities of acquiring knowledge and the formation of special practical skills, including surgical skills.

The article deals with new views of a comprehensive treatment approach of patients with acute surgical diseases, analyzed modern methods and perspective rehabilitation methodic of surgical patients during the preparing of a general practitioner-family physician at the level of underground education.

On the basis of the analysis of existing educational plans and education programs of doctors in the specialty "General Practice-Family Medicine", the evaluation of acquired theoretical knowledge, special practical skills and the recommendations on the introduction of innovative and integral methods of teaching the basics were presented.

The article reveals aspects of providing specialized gastroenterological medical care to the population of Ukraine, which today has a significant medical and social importance. Over the last 5 years, the incidence of digestive system and mortality due to diseases has increased.

The study of manifestation, variants of clinical course, diagnostic tactics, diagnosis are extremely relevant at the level of underground education. Knowledge of major diagnostic and tactical errors in acute surgical diseases of the stomach and duodenum is mandatory. Future general practitioners-family doctors need to know the basic clinical signs of acute surgical diseases of the hepatobiliary system and pancreas, improve the skills of taking the patient's anamnesis (complaints, anamnesis of the disease, history of life, determination of risk factors), need to be able to make an optimal examination plan to confirm the diagnosis, establish a diagnosis, as well as to learn the algorithm of medical history records and be able to determine the period of disability of patients after surgery.

During the stages of the educational process for better study effectiveness interactive, innovative methods, various approaches to diagnosis and treatment. Emergency care and rehabilitation of patients are ought to be used; solving problem situations tasks implement more effective training in surgery for the practical activity of a physician in the specialty "General Practice-Family medicine".

Keywords: acute surgical diseases, interactive, innovative teaching methods, general practice-family medicine.

Умовою формування професіоналізму лікаря загальної практики-сімейного лікаря є набуття широкого спектра знань. Сучасна соціально-економічна ситуація, з одного боку, вимагає підготовки спеціалістів з високим професійним рівнем володіння вміннями та практичними навичками, а з іншого – ставить перед молодим спеціалістом завдання виживання в умовах жорсткої конкуренції. Одним із напрямів для створення комфортних умов навчального процесу є використання інноваційних технологій і насамперед інтерактивних методів навчання.

Важливим розділом у підготовці лікаря загальної практики-сімейного лікаря є хірургія. Згідно із статистичними даними, у структурі захворювань на амбулаторному прийомі в сімейного лікаря хірургічна патологія діагностується майже у 30 % пацієнтів. Більшість гострих хірургічних захворювань – це невідкладні стани, які є загрозливими для життя і потребують вирішення питань не тільки своєчасної діагностики, а й адекватної невідкладної лікарської допомоги та організаційних заходів. Матеріал з хірургії, яким має оволодіти лікар загальної практики-сімейний лікар, значний, а це спонукає до впровадження інноваційних та інтегральних педагогічних методів, що оптимізують можливості набуття знань і формування спеціальних практичних навичок та вмінь [1–3].

Доцільність впровадження інноваційних технологій та інтерактивних методів навчання хірургічних дисциплін на додипломному рівні зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» не викликає сумніву.

На основі аналізу діючих навчальних планів і програм освіти лікарів з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» та оцінки навчальної ефективності набутих теоретичних знань, спеціальних практичних навичок та умінь, отриманої за результатами випускного іспиту та врахуванням відсотка набраних правильних відповідей під час проходження тесту з хірургії через ліцензійний тестовий іспит «КРОК 2» до та після впровадження інноваційно-інтегральних методик навчання отримано велику кількість матеріалів, на підставі яких можна говорити про певні сформовані висновки [4–7].

Для удосконалення знань з хірургії навчальним планом передбачено певну кількість годин, зокрема вони включають консультативну роботу, семінарську частину заняття та години, які відводять на практичну частину занять. Згідно з програмою студент повинен засвоїти: обґрунтування плану обстеження пацієнта, показань до операції та проведення адекватної передопераційної підготовки, операційного лікування, застосування методів знеболення, спостереження за хворими в після-

операційному періоді, первинну хірургічну обробку ран, дренування абсцесів, флегмон, парапроктитів, панариціїв, карбункулів, фурункулів, пункцію плевральної та черевної порожнини, венесекцію, пункцію і катеризацію підключичної вени, блокади (вагосимпатична, паранефральна, міжреберних нервів), накладання пов'язок при різних травмах та пошкодженнях.

Виходячи з цього, навчання студентів зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» основ хірургії потребує впровадження інноваційних, інтегральних педагогічних методів, що оптимізують можливості засвоєння знань і формування практичних навичок та вмінь. Під час проведення навчального процесу значну увагу слід приділяти:

- клініці і діагностиці хірургічної патології органів черевної порожнини, ушкоджень черевної порожнини, захворюванням та ушкодженням магістральних судин, гнійним захворюванням шкіри та підшкірної клітковини;
- семіотиці гострої та хронічної проктологічної патології;
- реабілітації пацієнтів у післягоспітальний період.

Теоретична підготовка майбутніх лікарів здійснюється під час семінарів та самостійної роботи з вивчення окремих тем. При проведенні занять нами широко застосовуються методи «інформаційного повідомлення»: аудіовізуальні презентації, відеофільми, графіки, інтегральні схеми патогенезу, відео- та мультимедійні презентації з демонстрацією дослідження хірургічного статусу та методики визначення патогномонічних симптомів у хворих з різною хірургічною патологією. Певну частку ілюстраційного матеріалу присвячено питанням антисептики і асептики, наданню першої допомоги при пораненнях, виконання елементів і етапів первинної хірургічної обробки рани з накладанням швів.

Засвоєння теоретичного матеріалу на семінарах та практичних заняттях проводиться також із залученням інтерактивних методик: імітаційних ділових ігор, різних видів дискусій, семінарів-тренінгів, а за допомогою активного проблемно-ситуаційного аналізу – вирішення конкретних завдань-ситуацій. Не менш важливим на початку заняття є вирішення тестових завдань кожним студентом по буклету ліцензійного іспиту «КРОК 2» за попередні роки. Крім цього, тему засвоюємо шляхом дискусії і відповідей на окремі запитання, що представлені в методичних вказівках. Усі розділи з хірургії є важливими, але ознайомлення, засвоєння та оволодіння практичними навичками і хірургічним інструментом є особливим етапом у підготовці лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

На додипломному етапі навчання, на нашу думку, сімейні лікарі мають надавати хірургічну допомогу в межах першої лікарської. Тому вони мають опанувати діагностику хірургічної патології з оволодінням техніки визначення основних патогномонічних хірургічних симптомів, хірургічну обробку ран з накладанням швів, зняття їх, зупинку кровотечі, профілактику і боротьбу із шоком, транспортну іммобілізацію, накладання пов'язок, догляд за дефектами шкіри, розкриття простих поверхневих гнійників, методику обстеження грудних залоз і прямої кишки, догляду та санації шкіри при тимчасових і постійних кишкових стомах. З цією метою засвоєння теми аналізуємо розв'язанням тестових задач, що дає можливість швидко встановити базисний рівень знань та з'ясувати основні слабкі місця, що вимагають корекції в ході теоретичного розбору теми.

Найважливішим етапом засвоєння практичних вмінь і мануальних прийомів є навчання в операційних та перев'язочних поліклініки чи травмпункту. Введення сучасних інтегральних методів навчання на кафедрі з хірургічних тем у сімейній медицині для студентів зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» на додипломному рівні значно покращило засвоєння спеціальних навичок і вмінь та оволодіння теоретичними і практичними знаннями з діагностики, лікування, профілактики та надання адекватної допомоги при хірургічній патології. Ефективність цих заходів відмічена при проведених випускного іспиту. Так, значно збільшився відсоток «відмінних» відповідей з питань хірургічної патології, покращилась техніка правильного виконання студентами спеціальних прийомів обстеження хірургічних хворих. Більшість студентів правильно визначали тактику ведення хірургічних хворих на амбулаторному етапі, а також показання скерування їх до спеціаліста [8–10].

Наприклад, **варіант проведення заняття** на тему «Принципи ведення пацієнтів з абдомінальним болем на етапі первинної медичної допомоги. Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини в практиці лікаря загальної практики: діагностика, диференціальна діагностика, визначення маршруту пацієнта та менеджмент на ранніх стадіях».

Мета заняття: вивчити клінічну маніфестацію, варіанти клінічного перебігу, діагностичну тактику, провести диференційний діагноз. Знати основні діагностичні і тактичні помилки при гострих хірургічних захворюваннях шлунка, дванадцятипалої кишки. Вивчити основні клінічні ознаки гострих хірургічних захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози. Удосконалити навички опитування пацієнта (збір скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, з акцентом на фактори ризику), вміти провести об'єктивне дослідження, диференційний діагноз, визначити оптимальний план обстеження для підтвердження діагнозу. Засвоїти алгоритм заповнення медичної документації і вміти визначати термін непрацездатності хворих після оперативних втручань.

Основні питання, що розглядаються на занятті:

1. Загальні принципи організації лікувально-діагностичної допомоги на догоспітальному етапі при го-

стрих запальних захворюваннях органів черевної порожнини [11–14].

А. Хворого з підозрою на запальне захворювання органів черевної порожнини необхідно доставити до хірургічного стаціонару машиною невідкладної допомоги або, за наявності болю в животі, хворий може звернутися по допомогу самостійно.

Б. При підозрі на гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини категорично протипоказано:

- а) використання аналгетичних засобів;
- б) використання місцевих та загальних теплових процедур;
- в) промивання шлунка;
- г) використання проносних засобів, клізм.

В. При категоричній відмові хворого від хірургічного огляду та госпіталізації, він та його родина повинні бути попереджені про можливість виникнення негативних наслідків із відповідним нотуванням у медичній карті, підписаній хворим.

Н.В.! У випадку самовільного залишення хворим приймального або хірургічного відділення до встановлення діагнозу або виконання операції, необхідно сповістити про це поліклініку за місцем проживання для активного відвідування хворого хірургом поліклініки вдома.

Г. При гострому апендициті:

- основний симптом гострого апендициту – біль у правій здухвинній ділянці;
- наявність болю в животі завжди повинна викликати підозру на гострий апендицит;
- підозра на гострий апендицит зумовлює необхідність огляду хірургом та лабораторного дослідження.

Д. При гострому холециститі:

- гостре виникнення болю у верхньому правому квадранті живота після погрішності у харчуванні, особливо у людей з жовчнокам'яною хворобою, хронічним холециститом викликає підозру на гострий холецистит;
- встановлений діагноз або підозра на гострий холецистит вимагає перебування хворого в хірургічному стаціонарі;
- можливе призначення спазмолітиків та місцево – холоду.

Е. При гострому панкреатиті:

- наявність болю, який локалізується над пупком і виникає після погрішності у харчуванні, вживанні алкоголю, нудота, нестримне блювання;
- наявність гострого панкреатиту потребує стаціонарного лікування, в залежності від проявів захворювання – в хірургічному відділенні або у відділенні інтенсивної терапії;
- на догоспітальному етапі можливе призначення спазмолітиків та місцево – холоду.

2. Клініка і діагностика виразкової хвороби, ускладненої перфорацією та кровотечею, принципи ведення пацієнтів на етапі первинної медичної допомоги.

Діагноз «пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки» встановлюють за наявності виразкового дефекту слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки під час проведення ендоскопічного обсте-

ження. Виразка є ураженням епітелію, що поширюється у м'язову пластинку слизової оболонки. Пептична виразка може призвести до розвитку низки ускладнень, зокрема ургентних, наприклад гострих шлунково-кишкових кровотеч або перфорацій.

Лікарі загальної практики–сімейні лікарі та дільничні терапевти відіграють важливу роль в організації профілактичних заходів, своєчасного виявлення, лікування у разі неускладненої пептичної виразки.

Критерії та особливості діагностики пептичної виразки

Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення наявності пептичної виразки, диференційної діагностики щодо інших чинників абдомінального болю.

Збір анамнезу та оцінка:

- Наявність типових симптомів пептичної виразки.
- Наявність симптомів, що свідчать про можливість розвитку ускладнень пептичної виразки.
- Наявність симптомів інших органічних (гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба – ГЕРХ, рак шлунка) та функціональних уражень верхніх відділів травного тракту (функціональна диспепсія, диспепсія, індукована застосуванням лікарських засобів, функціональне блювання тощо).

Для встановлення діагнозу пептичної виразки враховують такі клінічні ознаки:

1. Абдомінальний біль в епігастрії, пілородуоденальній ділянці, зазвичай нападopodobний, різучий, пекучий, рідше – ниючий, який має чіткий зв'язок із прийомом їжі, виникає або посилюється натще, через 2–3 год після прийому їжі, зменшується після її прийому; більше половини хворих скаржаться на нічний біль.
2. Диспептичний синдром включає печію, відрижку кислим, нудоту, іноді блювання, що приносить полегшення.

Симптоми, що свідчать про можливість ускладнень пептичної виразки:

- гематемезис – блювота у вигляді «кавової гущі»;
- дьогтьоподібні випорожнення чорного кольору;
- виникнення гострого «кинжалного» болю в епігастральній ділянці, що супроводжується розвитком колаптоїдного стану;
- поява стійкого болю, що втратив попередній зв'язок із прийомом їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, підвищенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

Лабораторні методи обстеження:

- загальний аналіз крові (за показаннями);
- аналіз калу на приховану кров (при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу).

Інструментальні методи дослідження:

- ЕГДС;
- рентгеноскопія шлунка (за неможливості проведення ЕГДС).

Консультації спеціалістів:

- Гастроентеролога – при пептичній виразці шлунка, при рецидивному та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*.

- Хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу ворота, пенетрації, перфорації.

- Онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка.

Основний критерій діагностики – ендоскопічно підтверджений виразковий дефект у дванадцятипалій кишці або шлунку. Доброякісність шлункової виразки обов'язково має бути підтверджена при морфологічному дослідженні множинних біоптатів (один біоптат береться з антрального відділу шлунка для проведення швидкого уреазного тесту на наявність інфекції *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), ще два біоптати беруть з антрального відділу і тіла шлунка для морфологічного дослідження: гістологічної діагностики інфекції *H. pylori*, атрофії, дисплазії чи неоплазії).

Проведення ЕГДС необхідне для верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням пацієнтів із пептичною виразкою шлунка.

Для діагностики інфекції *H. Pylori* насамперед підходять прямі методи, які виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення), репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення) або специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті на сечовину).

Диференційна діагностика

Рак шлунка. Верифікація діагнозу онкологічного процесу шлунка здійснюється за допомогою ідентифікації «малих ознак» – немотивована прогресуюча втрата маси тіла, немотивована анемія, симптоми диспепсії, які вперше виникли у віці старше 45 років. На користь злоякісного новоутворення свідчать великі розміри виразок (особливо в осіб молодого віку), локалізація виразкового дефекту на великій кривизні шлунка, нерівність і бугристість контурів, інфільтрація слизової оболонки навколо виразки, ригідність стінки в ділянці виразки, підвищення ШОЕ. Множинна, виконана не менше ніж із 5 ділянок країв і дна виразкового дефекту біопсія, сприяє встановленню правильного діагнозу, при щонайменших сумнівах необхідна повторна біопсія.

Гастродуоденальні виразки у хворих на гіперпаратиреоз відрізняються від пептичної виразки наявністю ознак підвищеної функції паращитоподібних залоз (м'язова слабкість, біль у кістках, спрага, поліурія). Діагноз підтверджується за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) щитоподібної та паращитоподібної залоз, дослідження рівня іонізованого кальцію, фосфору і паратгормону у крові.

Функціональна диспепсія, ГЕРХ – підтверджується ендоскопічно.

Гіпергастринемія (синдром Золлінгера–Еллісона) характеризується тріадою симптомів: стійко рецидивуючі постбульбарні виразки дванадцятипалої кишки, виражена шлункова базальна гіперсекреція, аденома підшлункової залози, яка походить із G-клітин, що продукують гастрин. Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп'ютерна томографія підшлункової залози.

Лікування

Призначити режим харчування, праці та відпочинку, відмову від вживання алкоголю та тютюну

Метод лікування, спосіб прийому та дозування лікарських засобів, включаючи інгібітори протонної помпи (ІПП), визначаються перебігом захворювання та індивідуальною відповіддю пацієнта, наявністю інфекції *H. pylori*.

Антихелікобактерну терапію у разі виразки шлунка призначають лише після отримання результатів морфологічного дослідження біоптатів із краю виразкового дефекту, що свідчать про доброякісний характер виразки.

За необхідності призначають симптоматичне лікування.

Факторами, що піддаються впливу, для ефективності терапії *H. Pylori* є прихильність до лікування, тютюнопаління і ступінь пригнічення кислотності.

На початковому етапі лікування інфекції *H. pylori* проводять щонайменше тижневу потрійну терапію, що включає ІПП, кларитроміцин та метронідазол або амоксицилін. Подовження схем ерадикаційної терапії до 10–14 днів, застосування послідовної схеми призводить до вірогідно більшої частки успішної ерадикації.

За наявності інфекції *H. pylori* підвищується ризик розвитку ускладнених та неускладнених пептичних виразок. Антихелікобактерна терапія знижує цей ризик та особливо показана пацієнтам з анамнезом виразки. Сама по собі ерадикаційна терапія недостатня для профілактики рецидивів гострих шлунково-кишкових кровотеч.

Якщо лікування починається із застосуванням нестероїдних протизапальних та протиревматичних засобів (НПЗП), необхідно здійснювати поєднаний прийом ІПП за наявності хоча б одного фактора А. Доцільне призначення пробіотиків у період антихелікобактерної терапії протягом 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечника.

До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи H_2 -рецепторів, антациди, альгірати, спазмолітичні засоби.

Обов'язкові дії лікаря під час ведення хворих з ускладненою пептичною виразкою

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о).
2. Погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на оброблення персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о).
3. Направити на діагностику ефективності ерадикації *H. pylori*-інфекції через 4 тиж після закінчення ерадикаційної терапії.
4. Направити на ЕГДС для контролю за загоєнням виразки шлунка через 6 міс.
5. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та тютюну.
6. Надавати роз'яснення щодо необхідності суворого дотримання правил застосування НПЗП для пацієнтів, яким вони призначені (після прийому

їжі, у зазначених лікарем дозах), та запобігання безконтрольному застосуванню НПЗП.

7. Проводити 1 раз на рік диспансеризацію пацієнта, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжувальних факторів та, за необхідності, проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога.

Клініка і діагностика гострого панкреатиту, принципи ведення пацієнтів на етапі первинної медичної допомоги

Гострий панкреатит (ГП) – це асептичне запалення підшлункової залози демаркаційного характеру, в основі якого лежать процеси некробіозу панкреоцитів і ферментної автоагресії з подальшим розвитком некрозу, дегенерації залози і приєднанням вторинної інфекції, це супроводжується погіршенням прохідності шлункових соків в дванадцятипалу кишку. У результаті всі ферменти активуються в самій підшлунковій залозі та руйнують її. ГП може призвести до незворотних змін в самому органі та пошкодження інших систем організму. Існує велика вірогідність летального результату [15–18].

Визначено дві різні фази ГП:

- початкова (протягом 1 тиж) – характеризується синдромом системної запальної реакції і/або органною недостатністю;
- пізня (> 1 тиж) – характеризується місцевими ускладненнями.

Місцеві ускладнення визначають як перипанкреатичні скупчення рідини, панкреатичний і перипанкреатичний некроз (асептичний або інфікований), псевдокісти і відмежований некроз (асептичний або інфікований). Ізольовані вогнища екстрапанкреатичного некрозу також входять у поняття некротичного панкреатиту. Водночас стійка органна недостатність, інфікований некроз та смерть трапляються частіше ніж у разі інтерстиціального панкреатиту.

Критерії та особливості діагностики ГП

Діагноз ГП найчастіше встановлюють за наявності двох із трьох критеріїв:

- біль у животі, характерний ГП;
- характерно ниючий, постійний і стійкий;
- зазвичай раптово починається і поступово наростає, поки не досягне максимуму;
- найчастіше біль відчувається у верхній частині живота, що може віддавати в спину;
- нудота та блювання, іноді з анорексією;
- пронос;
- активність сироваткової амілази і/або ліпази більш ніж у три рази вища за верхню межу норми;
- характерні результати досліджень з візуалізації органів черевної порожнини (сильна рекомендація, середня якість доказів).

Можуть бути відзначені наступні симптоми, що варіюються від тяжкості захворювання:

- лихоманка (76 %), тахікардія (65 %); гіпотонія;
- клініка «гострого живота», напруга м'язів передньої черевної стінки (68 %), здуття (65 %), зменшені або відсутні кишкові шуми;

- жовтяниця (28 %);
- задишка (10 %), тахіпное;
- базиллярні хрипи, особливо в лівій легені;
- у важких випадках гемодинамічна нестабільність (10 %);
- гематемезис (блювання із кров'ю), мелена (кров у калі) (5 %);
- блідість шкірних покривів, пітливість.

Найбільш характерні симптоми ГП:

1. Симптом Кертє – біль та резистентність передньої черевної стінки в епігастральній та лівій підреберній ділянці.
2. Симптом Чухрієнко – виникнення болю у верхній половині живота при поштовхоподібних рухах черевної стінки знизу доверху, спереду назад рукою лікаря, яка поставлена поперек живота, зліва та нижче пупка.
3. Симптом Воскресенського – відсутність пульсації черевної частини аорти в епігастральній ділянці.
4. Симптом Мейо-Робсона – болючість у лівому реберно-хребтовому куту при пальпації. Симптоми, які пов'язані зі зміною забарвлення окремих ділянок тіла.
5. Симптом Лагерлефа – ціаноз обличчя та кінцівок.
6. Симптом Мондора – фіолетові плями на обличчі та тулубі.
7. Симптом Холстеда – ціаноз шкіри живота.
8. Симптом Грея Тернера – ціаноз бокових стінок живота.
9. Симптом Кюллена – жовтувато-ціанотичне забарвлення шкіри пупка.

З практичної точки зору діагностична програма лікаря на догоспітальному етапі і тактичні заходи будуть визначатись клінічною семіотикою, яка залежить від ступеня важкості перебігу ГП.

Так, клінічними ознаками *легкого ступеня* ГП є: задовільний стан, помірний біль, нудота, артеріальний тиск нормальний або помірно підвищений, пульс 80–90 ударів на хвилину, температура тіла нормальна або субфебрильна (37,4–37,6 °C). Живіт м'який, болючий в проекції підшлункової залози, від'ємний симптом Кертє та Мейо-Робсона, позитивний симптом Чухрієнко, симптоми подразнення очеревини відсутні. Шкірні симптоми ГП негативні. Легкому ступеню захворювання відповідає набрякова форма ГП.

Клінічними ознаками ГП *середньої важкості* є: стан хворого середньої важкості, біль інтенсивного характеру, багаторазове блювання, бліді шкірні покриви, артеріальний тиск 100/60–90/50 мм рт.ст., пульс 90–120 ударів на хвилину, температура підвищена до 38–38,5 °C. Язик сухий. Живіт здутий, різко болючий при пальпації в ділянці проекції підшлункової залози, перистальтика відсутня, виражена резистентність м'язів передньої черевної стінки в епігастральній ділянці, позитивний симптом Кертє, Чухрієнко, Мейо-Робсона, симптом подразнення очеревини в епігастральній ділянці, а також можуть бути позитивними «шкірні» симптоми.

Клінічними ознаками *важкого ступеня* ГП є: важкий або край важкий стан хворого, біль надзвичайно інтенсивний, блювання, яке не приносить полегшен-

ня, в деяких випадках – блювання з домішкою крові, шкірні покриви з ціанотичним забарвленням, артеріальний тиск нижче 90/50 мм рт.ст., пульс до 120 ударів на хвилину та більше. Дихання часте, поверхневе. Аускультативно – в легенях множинні вологі хрипи. Язик сухий. Живіт різко здутий, визначається болючість по всьому животу, виражені симптоми подразнення очеревини. Перистальтика не вислуховується, ознаки динамічної кишкової непрохідності. Середній та важкий ступінь ГП клінічно відповідають панкреонекрозу.

Вкрай важкий ступінь (блискавична форма) ГП – симптоматика аналогічна важкому ступеню, однак симптоми носять різко виражений наростаючий характер. Блискавичний перебіг, який приводить до летального наслідку, зумовлений тотальним панкреонекрозом.

Анамнестично: недавні оперативні або інші інвазивні процедури; сімейна гіпертригліцеридемія; часті жовчні кольки і зловживання алкоголем (основні причини гострого панкреатиту).

Дані фізикального обстеження свідчать про важкий панкреонекроз: симптом Каллена (легке посиніння шкіри навколо пупка в результаті гемоперитонеуму); симптом «Грея-Тернера» (червонувато-коричневі плями на бічних поверхнях живота в результаті заочеревинного крововиливу).

Лабораторні методи дослідження

- Амілаза і ліпаза сироватки крові
- Трансамінази крові
- Азот сечовини крові, креатинін і електроліти
- Рівень глюкози в крові
- Холестерин сироватки і тригліцериди
- Загальний аналіз крові з формулою
- С-реактивний білок
- Лактат дегідрогеназа
- Імуноглобулін G4 (IgG4).

Інструментальні методи дослідження

- Контрастну комп'ютерну томографію (КТ) і/або магнітно-резонансну томографію підшлункової залози слід «зарезервувати» для пацієнтів із незрозумілим діагнозом або для тих, у яких не вдається досягти клінічного поліпшення протягом 48–72 год після госпіталізації.
- Трансабдомінальне УЗД слід проводити всім пацієнтам із ГП.
- У пацієнтів віком старше 40 років як можливу причину ГП слід розглядати пухлину підшлункової залози.
- Застосування генетичного тестування можна розглянути для молодих пацієнтів (< 30 років), якщо причина не є очевидною і наявний сімейний анамнез захворювань підшлункової залози.

Диференційна діагностика проводиться з:

- перфоративною виразкою
- гострим холециститом
- загостренням виразкової хвороби
- інфарктом міокарда
- гострою кишковою непрохідністю
- гострим апендицитом
- нирковою колькою.

Клінічні прояви, пов'язані з тяжким перебігом ГП, що застосовуються для початкової оцінки ризику*

Вік	> 50 років
Ожиріння	(IMT > 30 кг/м ²)
Змінений ментальний статус	
Супутнє захворювання	
Синдром системної запальної реакції (наявність > 2 критеріїв)	
Частота серцевих скорочень	> 90 уд./хв
Частота дихальних рухів	> 20/хв або артеріальний тиск CO ₂ < 32 мм рт.ст.
Температура тіла	> 38 або < 36 °C
Лабораторні показники	
Кількість лейкоцитів	> 12 000 або < 4000 на мм ³ або > 10 % незрілих нейтрофілів (паличкоядерних)
Азот сечовини крові	> 20 мг/дл
Збільшення гематокриту	
Підвищений вміст креатиніну	
Рентгенографічні дані	
Випіт у плевральній порожнині	
Легеневі інфільтрати	
Множинні або поширені екстрапанкреатичні скупчення рідини	

Лікування ГП

Принципи:

1. Лікування хворих на ГП починають невідкладно у стаціонарі.

2. Надходження такого пацієнта у відділення невідкладної хірургії і проведення обстеження не повинно переривати лікування, обсяг якого визначає хірург за клінічними ознаками.

3. Хворі з вираженою ендегенною інтоксикацією направляються безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, а лікування проводиться обов'язково з активною участю анестезіолога-реаніматолога.

4. Хворі з набряковим гострим панкреатитом лікуються тільки консервативно (за винятком біліарного панкреатиту, за якого виконується оперативне втручання на жовчних шляхах без будь-яких маніпуляцій на залозі).

Основними напрямками консервативної терапії є боротьба з больовим синдромом, пригнічення секреції підшлункової залози, зменшення цитотоксичного впливу запальних цитокінів, вільних радикалів, активованих ферментів, попередження вторинного інфікування і розвитку системних ускладнень.

Пригнічення секреції: голодування, постійне відсмоктування шлункового соку через назогастральний зонд, для пригнічення зовнішньої секреторної функції підшлункової залози використовують різні медикаментозні засоби (сандостатин). Уведення кальцитоніну дозволяє зменшити дозу анальгетиків та нормалізувати рівень сироваткової амілази. 5-лей-енкефалін (даларгін). H₂-блокатори й антациди показані у випадках небезпеки розвитку гострих стресових виразок.

Інгібіція ферментів. Апротинін (контрикал) слід застосовувати у високих добових дозах – до 1 млн одиниць калікреїнової інактивації і вище. Введення інгібіторів протеаз у малих дозах та в пізніші стадії захворювання не впливає на перебіг запального процесу в підшлунковій залозі. З метою пригнічення синтезу панкреатичних ферментів у лікуванні використовуються цитостатики та антиметаболіти: 5-фторурацил, фторафур, рибонуклеаза тощо.

Зменшення токсичного впливу запальних цитокінів, вільних кисневих радикалів. Для зменшення токсичної дії цитокінів застосовуються пентоксифілін, який пригнічує синтез інтерлейкіну-1 та фактор некрозу пухлин. Простагландин E1 інгібує активацію нейтрофільних гранулоцитів і синтез супероксиданіону, який знижує агрегацію тромбоцитів. Він також чітко підвищує серцевий викид, має судинорозширювальну дію. Буфломедил покращує мікроциркуляцію, редукує супероксиданіон, зменшує з'єднання лейкоцитів з ендотеліальними клітинами, значно зменшує зону некрозу.

Боротьба з болем. Трамал, трамадол, морадол, стадол. Використання високих доз наркотичних анальгетиків приводить до пригнічення моторики кишківника, підтримуючи динамічну кишкову непрохідність, що приводить до транслокації бактерій і вторинного інфікування вогнищ некрозів. Ефективнішою і доцільнішою в таких випадках є перидуральна анестезія.

Інфузійна терапія. Перевагу слід надавати колоїдним розчинам над ізотонічними розчинами кристаллоїдів. Колоїдні розчини покращують і підтримують гемодинаміку, транспорт кисню, тоді як кристаллоїди спричиняють набряк тканин. Синтетичні колоїди ефективніші за альбумін.

Також слід зазначити лікування поліорганної недостатності, хірургічне лікування та експертизу непрацездатності.

У такому самому форматі розглядаємо інші захворювання відповідно до теми заняття: гострий холецистит, гострий апендицит, гостра кишкова непрохідність, гострий перитоніт [19–22].

Зразки тестових завдань.

1. Хвора 70 років доставлена в хірургічне відділення зі скаргами на біль у животі, блювання, підвищення температури тіла. Хворіє третю добу. Об'єктивно: важкий загальний стан, шкіра і слизові оболонки жовті, пульс 100 уд./хв, живіт не бере участі в диханні, при пальпації напружений і болючий по проекції усіх відділів, але більш

всього в правому підребер'ї, симптом Щоткіна–Блюмберга позитивний на всьому протязі. На УЗД – збільшений жовчний міхур з конкрементами, діагноз деструктивний холецистит, перитоніт. Лікувальна тактика?

А. *Лапаротомія з видаленням жовчного міхура і дренуванням черевної порожнини

В. Лапароскопічна холецистектомія

С. Ендоскопічна папілосфінктеротомія

Д. Лапароцентез

Е. Консервативне лікування.

2. Хвора, 58 років скаржиться на відчуття важкості та помірний біль у правому підребер'ї, нудоту, загальну слабкість. Шкірні покриви жовтого кольору. РС – 88 за 1 хв. АТ – 120/70 мм рт.ст. Живіт рівномірно бере участь в акті дихання, незначно болючий у правому підребер'ї. УЗД – конкременти в жовчному міхурі, розширення холедоху до 18 мм. Загальний білірубін 86 ммоль/л, за рахунок прямого. Збільшена лужна фосфатаза. Кал ахолічний. Якому захворюванню відповідають клінічні симптоми? Ваш діагноз?

А. *ЖКХ. Обтураційна жовтяниця

В. Гострий калькульозний холецистит

С. Пухлина головки підшлункової залози

Д. Гострий гепатит

Е. Гострий індуративний панкреатит.

3. Пацієнт хворіє захворів 12 годин тому. Захворювання почалося з гострого болю в животі, нудота. Біль нападоподібний, інтенсивний, неодноразове блювання їжею, потім кишковим вмістом. У минулому переніс апендектомію. Хворий неспокійний, стогне від болю в животі. Живіт роздутий, напружений, хворобливий. Перистальтика окремих хвилями, симптоми роздратування очеревини слабо позитивні. Сечовипускання в нормі, випорожнень не було протягом доби, гази не відходять. Ваш попередній діагноз?

А. *Гостра кишкова непрохідність

В. Гострий холецистит

С. Гострий панкреатит

Д. Защемлена грижа

Е. Перфоративна гастродуоденальна виразка.

5. Хвора 50 років, скаржиться на сильний переймоподібний біль у верхній половині живота, багаторазове блювання. Хворіє протягом доби, захворювання пов'язує із вживанням жирної їжі. В анамнезі – холецистектомія з лапаротомного доступу. Об'єктивно:

язик з білим нальотом, сухий. Живіт здутий, при пальпації м'який, болючий навколо пупка. При аускультативі вислуховується посилена перистальтика. При рентгенологічному дослідженні органів черевної порожнини виявлено роздуті петлі тонкої кишки, окремі чаші Клойбера. Який найбільш імовірний діагноз?

А. *Гостра спайкова кишкова непрохідність

В. Апендикулярний інфільтрат

С. Леоцекальна інвагінація

Д. Рак сигмоподібної кишки

Е. Шлунково-кишкова кровотеча.

6. Пацієнт віком 40 років, хворіє багато років виразковою хворобою 12-палої кишки. Два дні назад біль у животі зменшився, але появилася слабкість, головокружіння. Запаморочення. Блідий. В епігастральній ділянці пальпація неболюча. Яке ускладнення наявне у хворого?

А. *Кровотеча з виразки

В. Стеноз пілоруса

С. Малігнізація виразки

Д. Перфорація виразки

Е. Пенетрація виразки.

8. Хворий віком 70 років, скаржиться на сильний біль в епігастральній ділянці, нудоту, блювання. В анамнезі лікувався нестероїдними протизапальними препаратами. Біль з'явився раптово, 2 год тому. Живіт при пальпації напружений, болючий у правій половині, більше в епігастрії. Печінкова тупість відсутня. Сформулюйте попередній діагноз.

А. *Перфоративна виразка

В. Загострення виразкової хвороби

С. Гострий панкреатит

Д. Гострий перфоративний холецистит

Е. Гострий перфоративний апендицит.

Інтерактивні, інноваційні методи підвищують ефективність та результативність навчання при їхньому застосуванні на етапах навчального процесу, а різні підходи до діагностики та лікування, а також проведення невідкладної допомоги та реабілітації хворих, вирішення проблемних ситуацій реалізують більш ефективну підготовку з хірургії до практичної діяльності лікаря зі спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина» [23–26].

Відомості про авторів

Бабінець Лілія Степанівна – д-р мед. наук, проф., завідувач, кафедра терапії та сімейної медицини, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0560-1943

Мігенько Богдан Орестович – канд. мед. наук, доцент, кафедра терапії та сімейної медицини, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль; тел.: (067) 810-57-20. E-mail: migenkob@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2192-7238

Information about the authors

Babinets Lilya S. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department Therapy and Family Medicine, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil; tel.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0560-1943

Migenko Bogdan O. – MD, PhD, Associate Professor, Department Therapy and Family Medicine, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil; tel.: (067) 810-57-20. E-mail: migenkob@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2192-7238

ПОСИЛАННЯ

1. Babinets LS, editor. Current aspects of higher medical education in the specialty «General practice - family medicine». Educational and methodological manual. Ternopil: Osadtsa SE; 2022. 608 p.
2. Babinets LS, Zhdan VM, Mykhaylovska NS. Primary medical care: manual: in 2 vols. General provisions, internal diseases in general medical practice. T.1. Lviv: Magnolia 2006; 2019. 580 p.
3. Hyrina OM, Pasiyeshvili LM, Barna OM, Svintsitskiyetal AS. Family Medicine: in 3 books: textbook. Book 2. Symptoms and syndromes in clinical course of internal diseases. Kyiv: AUS Medicine Publishing; 2018. 376 p.
4. Babinets LS, Kytsai KY, Kotsaba YY, Halabitska IM, Melnyk NA, Semenova IV, et al. Improvement of the complex medical treatment for the patients with chronic biliary pancreatitis. Wlad Lek. 2017;70(2):213-6.
5. Babinets AS, Kastnerova M, Kornatovska Z, Andriyuk L, Kotsaba JY, Kytsay C, et al. The correlations between trophology status and the main disease characteristics of patients with biliary. Genesis chronic pancreatitis. Acta Salus Vitae. 2017;5(1):9-17.
6. Babinets LS, Melnyk NA, Shevchenko NO, Sasyk GM, Zemlyak OS, Kopach OY, et al. Optimization of the complex therapy of chronic pancreatitis with metabolic syndrome. Wlad Lek. 2018;71(2 pt 1):337-40.
7. Bellin MD, Whitcomb DC, Abberbock J, Sherman S, Sandhu BS, Gardner TB, et al. Patient and Disease Characteristics Associated With the Presence of Diabetes Mellitus in Adults With Chronic Pancreatitis in the United States. Am J Gastroenterol. 2017;112(9):1457-65. doi: 10.1038/ajg.2017.181.
8. Bouwense SA, Olesen SS, Drewes AM, Poley JW, van Goor H, Wilder-Smith OH. Effects of pregabalin on central sensitization in patients with chronic pancreatitis in a randomized, controlled trial. PLoS One. 2012;7(8):e42096. doi: 10.1371/journal.pone.0042096.
9. Dominguez-Munoz JE, editor. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons. Oxford: A Blackwell Publ. Co.; 2005. 535 p.
10. Gubergrits NB, Babinets LS, Halabitska IM. Effectiveness of the vitamin drug Doctovit for correction of clinical symptomatology and restoration of life quality in complex therapy of chronic erosive H. pylori-associated. Herald Pancreatic Club. 2019;44(3):62-9.
11. Lieb JG 2nd, Forsmark CE. Review article: pain and chronic pancreatitis. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(7):706-19. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.03931.x.
12. Pezzilli R. Pain in chronic pancreatitis: from the bench to the bedside. JOP. 2012;13(2):245-6.
13. Vardanyan M, Rilo HL. Pathogenesis of chronic pancreatitis-induced pain. Dis-cov Med. 2010;9(47):304-10.
14. Apte M, Pirola R, Wilson J. The fibrosis of chronic pancreatitis: new insights into the role of pancreatic stellate cells. Antioxid Redox Signal. 2011;15(10):2711-22. doi: 10.1089/ars.2011.4079
15. Whitcomb DC. Primer on Precision Medicine for Complex Chronic Disorders. Clin Transl Gastroenterol. 2019;10(7):e00067. doi: 10.14309/ctg.000000000000067.
16. Bala M, Kashuk J, Moore EE, Kluger Y, Biffl W, Gomes CA, et al. Acute mesenteric ischemia: guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg. 2017;12:38. doi: 10.1186/s13017-017-0150-5.
17. Jameson JL, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, Twentieth Edition (Vol.1 & Vol.2). New York: McGraw-Hill Education; 2018. 4048 p.
18. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN; American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterol. 2018;154(4):1096-101. doi: 10.1053/j.gastro.2018.01.032.
19. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-95. doi: 10.1007/s00268-018-4844-y.
20. Pavitt MJ, Swanton LL, Hind M, Apps M, Polkey MI, Green M, et al. Choking on a foreign body: a physiological study of the effectiveness of abdominal thrust manoeuvres to increase thoracic pressure. Thorax. 2017;72(6):576-8. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-209540.
21. Wyckoff MH, Weiner GM, On behalf of the Neonatal Life Support Collaborators. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Pediatrics. 2021;147(1):e2020038505C. doi: 10.1542/peds.2020-038505C.
22. Kaplan M, editor. USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2018: Surgery (USMLE Prep). London: Kaplan Publishing; 2018. 256 p.
23. Information edition. Centre for Evidence-based Medicine at the University of Oxford [Internet]. Oxford. Available from: <https://www.cebm.net/>.
24. Information edition. Australian National Health and Medical Research Council [Internet]. Canberra. Available from: <https://www.health.gov.au/>.
25. Information edition. American College of Physicians (ACP) [Internet]. Available from: <https://www.acponline.org/>.
26. Pogromov AP, Pogromov VA, inventors; Pogromov AP, Pogromov VA, assignee. Means for intestinal lavage. Russian Patent No. RU2473330 C1. 2013 Jan 27.

Стаття надійшла до редакції 12.01.2023. – Дата першого рішення 18.01.2023. – Стаття подана до друку 21.02.2023