

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Захворювання підшлункової залози та селезінки.

Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Захараш М. П., д.мед.н., професор;
- Мороз В.В., к. мед. н., доцент;
- Волошин І.В., асистент.

Тема заняття : Захворювання підшлункової залози та селезінки.

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмій, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях;
- проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії;
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук;
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проводити ретельний збір анамнезу та аналіз отриманої інформації від пацієнта з підозрою на захворювання підшлункової залози чи селезінки (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);

- проводити загальний огляд пацієнта з підозрою на захворювання підшлункової залози та селезінки;
- призначати та проводити додаткові діагностичні методи обстеження пацієнтів для верифікації захворювань підшлункової залози та селезінки, проводити інтерпретацію отриманих результатів досліджень;
- скласти план консервативного та оптимального хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози чи селезінки та їх можливими ускладненнями;
- проводити диференціальну діагностику захворювань підшлункової залози та селезінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини, заочеревинного простору та грудної клітки;
- оволодіння методикою фізикального обстеження хворих на захворювання підшлункової залози та селезінки;
- ознайомлення з методикою виконання ультразвукового дослідження підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків, селезінки;
- планувати та проводити профілактичні заходи з метою попередження подальшого прогресування захворювань підшлункової залози та селезінки та їх ускладнень.

Мета: розглянути та допомогти студентам засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози та селезінки різного генезу у залежності від етіології, патогенезу, особливостей клінічного перебігу, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології.

Обладнання: ноутбук.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
1.Визначення вхідного рівня знань студентів	Тестовий зріз базових знань студентів по темі захворювань підшлункової залози та селезінки	Визначити базовий рівень знань студентів по темі захворювань підшлункової залози та селезінки	15 хв
2. Анатомія та фізіологія підшлункової залози, селезінки.	Відновити знання студентів щодо основних анатомо – фізіологічних особливостей підшлункової залози, селезінки.	Чітко визначати характер та рівень ураження підшлункової залози, селезінки у залежності від етіології та особливостей клінічного перебігу захворювання.	15 хв
3. Актуальність, етіологія та патогенез захворювань підшлункової залози та селезінки.	Визначаються ключові показники актуальності теми, висвітлюються основні етіологічні чинники та фактори патогенезу захворювань підшлункової залози, селезінки. та їх ускладнень.	Навчити студентів методиці визначення показників захворюваності та розповсюдженості захворювання, розумінню основних етіологічних чинників та патогенезу захворювань підшлункової залози, селезінки та їх ускладнень.	20 хв
4. Класифікація та клініка захворювань підшлункової залози,	Ознайомити студентів з сучасними класифікаціями та основними клінічними проявами захворювань	Розуміти класифікацію захворювань підшлункової залози, селезінки, можливі варіанти клінічного перебігу цих хвороб,	20 хв

селезінки.	підшлункової залози, селезінки.	правильно оцінювати клінічні прояви захворювань та їх ускладнень.	
5. Діагностичний алгоритм при захворюваннях підшлункової залози, селезінки	Висвітлити сучасні методи діагностики захворювань підшлункової залози, селезінки та їх ускладнень (УЗД, КТ-критерії Balthazar, МРТ, ЕРХПГ, лапароскопія, лабораторні та інші дослідження).	Навчити студентів інтерпретувати дані діагностичних методів дослідження при захворюваннях підшлункової залози, селезінки та їх ускладненнях.	10 хв
6. Диференційна діагностика захворювань підшлункової залози, селезінки.	Висвітлити перелік захворювань, з якими найчастіше проводять диференційну діагностику захворювань підшлункової залози та селезінки.	Навчити студентів правильно проводити диференційну діагностику захворювань підшлункової залози та селезінки.	20 хв
7. Методи консервативного та хірургічного лікування захворювань підшлункової залози та селезінки і їх	Представити можливості консервативної терапії захворювань підшлункової залози та селезінки, а також сучасні методики хірургічного	Навчити студентів правильно визначати оптимальну лікувальну тактику, обирати компоненти консервативної терапії та визначати її тривалість, види хірургічних втручань,	25 хв

ускладнень.	лікування вказаних захворювань та їх ускладнень.	способи їх виконання залежно від стадії захворювання і наявності ускладнень.	
8. Ускладнення захворювань підшлункової залози та селезінки	Висвітлити основні види ускладнень захворювань підшлункової залози та селезінки	Навчити студентів діагностувати вказані ускладнення гострого панкреатиту та правильно обирати методики їх лікування, визначати оптимальну лікувальну тактику.	15 хв
9. Огляд та курація тематичного хворого на захворювання підшлункової залози та/або селезінки	Висвітлити основні методологічні підходи при проведенні огляду, фізикального обстеження хворого та його курації при захворюваннях підшлункової залози та селезінки.	Навчити студентів правильно та методологічно проводити огляд та курацію хворого на захворювання підшлункової залози, селезінки.	20 хв
10. Розбір типових тестових завдань та клінічних задач по темі “Захворювання підшлункової залози та селезінки”.	Висвітлити основні ключові питання клініки та діагностики гострого панкреатиту, які допоможуть у вирішенні типових тестових завдань та клінічних задач по темі “Захворювання підшлункової залози	Навчити студентів чітко вирішувати тести та розв’язувати типові клінічні задачі по темі «Захворювання підшлункової залози та селезінки».	20 хв

	та селезінки”.		
--	----------------	--	--

Зміст теми заняття:

Хронічний панкреатит

Етіологія і патогенез

1. Жовчнокам'яна хвороба

- утруднення відтоку панкреатичного секрету
- рефлюкс інфікованої жовчі або вмісту дванадцятипалої кишки в панкреатичні протоки (теорія спільного каналу).

Рефлюксу сприяють дискінезії, спазми та стенози Фатерового сосочка дванадцятипалої кишки. Жовч або дуоденальний вміст, що потрапляє у вірсунгову протоку, активізує ферменти підшлункової залози і сприяє виникненню її запалення. Сам же розвиток панкреатиту потенціює приєднання інфекції. Остання ж у підшлункову залозу може проникати не лише завдяки рефлюксу, але й гематогенним чи лімфогенним шляхами. Хронічний панкреатит розвивається внаслідок функціональних порушень підшлункової залози, причинами яких є:

- перенесений у минулому напад гострого панкреатиту;
- алкоголізм;
- травми залози;
- патологія її судин;
- гастродуоденальні виразки, гастрит, дуоденостаз та інше.

Класифікація хронічного панкреатиту за О. О. Шалімовим: 1. Хронічний фіброзний панкреатит без порушення прохідності головної панкреатичної протоки. 2. Хронічний фіброзний панкреатит із порушенням прохідності головної панкреатичної протоки, дилатацією проток підшлункової залози та гіпертензією панкреатичного соку. 3. Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит.

Згідно Класифікації хронічного панкреатиту за О.О. Шелагуроваим (1970) з деякими змінами виділяють такі його форми: 1. Хронічний рецидивний панкреатит. 2. Хронічний больовий панкреатит. 3. Хронічний безбольовий (латентний) панкреатит. 4. Хронічний псевдотуморозний панкреатит. 5. Хронічний холецистохолангіопанкреатит (холангіогенний панкреатит). 6. Хронічний індуративний панкреатит.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) хронічного панкреатиту: 1. Хронічний алкогольний панкреатит Шифр К 86.0 2. Інші види хронічного панкреатиту Шифр К 86.1

Марсельсько-Римска, 1988, Класифікація хронічного панкреатиту:

1. Хронічний кальцифікуючий. 2. Хронічний обструктивний. 3. Хронічний фіброзно-індуративний. 4. Хронічні кісти и псевдокісти підшлункової залози.

Класифікація (Гребнев А Л., 1982):

За етіологією розрізняють хронічний панкреатит: 1. Первинний хронічний панкреатит. 2. Вторинний хронічний панкреатит.

За морфологічними ознаками: 1. Набрякова форма. 2. Склеротично-атрофічна форма. 3. Фіброзна (дифузна і дифузно-вузлова) форма. 4. Псевдокістозна форма. 5. Кальцифікуюча форма .

За особливостям клінічного перебігу: 1. Полісимптомная форма. 2. Больова форма. 3. Псевдопухлинна форма. 4. Диспептична форма. 5. Латентна форма.

За фазами: загострення, ремісії.

За клінічним перебігом захворювання захворювання: I . Панкреатит легкого ступеня тяжкості - ознаки порушення зовнішньо- і внутрісекреторної недостатності не виявляються. II. Панкреатит середньотяжкого перебігу - з наявністю зовнішньо- і/або внутрісекреторної недостатності підшлункової залози. III. Панкреатит тяжкого ступеня (термінальна, кахектична стадія) - наявність постійних панкреатогенних проносів, гіповітамінозів, прогресуюче виснаження та інше).

Клінічний перебіг захворювання має циклічний характер із періодичними змінами ремісій і загострення і залежить від фази розвитку запального процесу. На поліморфність симптомів впливають також і порушення зовнішньо- та внутрішньосекреторної функцій підшлункової залози, які особливо виражені у фазі ремісії. Основними проявами хронічного панкреатиту є: біль, переважно в епігастрії, інколи зліва від пупка, пекучий, стискаючий або колючий, нерідко - постійний, який лише змінює свою інтенсивність та періодичність протягом доби. Перебіг хронічного панкреатиту може набувати прихованих, згладжених форм, із помірно вираженим больовим синдромом або болем, що має атиповий характер (наприклад – як при стенокардії). Відзначаються диспепсичні явища та прогресуюча втрата ваги тіла, відсутність апетиту, нудота, відрижка; періодично виникають блювання та проноси з гнилісним запахом. Спостерігають також спрагу, загальну слабкість і прогресуючу втрату ваги. При пальпації живота біль не виявляється або він зовсім незначний. Ендокринна недостатність (розвиток цукрового діабету) проявляється через декілька років після початку захворювання, має легкий або латентний характер.

Синдром біліарної гіпертензії з розвитком механічної жовтяниці та холангіту свідчить про наявність тубулярного стенозу холедоха, холедохолітазу, стенозуючого папіліту.

Дані лабораторних й інструментальних методів дослідження.

Дослідження зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози – підвищується рівень амілази в сироватці крові й сечі, зростають показники трипсину й ліпази. Копрологічне дослідження калу. Макроскопічна картина — кал набуває сіруватого кольору, у великій масі — з неприємним запахом (стеаторея (підвищення кількості нейтрального жиру) та креаторея (велика кількість м'язових волокон)).

Дослідження внутрішньосекреторної функції підшлункової залози передбачає :

1) визначення показників цукру в крові й сечі (характерні — гіперглікемія та глюкозурія); 2) радіоімунологічне визначення гормонів (інсуліну, С-пептиду та глюкагону).

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини у двох проекціях дає можливість виявити існуючі конкременти в протоках і кальцифікати в паренхімі підшлункової залози. При виконанні релаксаційної дуоденографії спостерігається розгортання "підкови" дванадцятипалої кишки та зміни рельєфу її слизової.

З метою діагностики жовчнокам'яної хвороби та вторинних уражень жовчних шляхів виконується холецистохолангіографія.

Ультразвукове дослідження (сонографія) — основний метод діагностики хронічного панкреатиту, сонографічними ознаками якого нерівність контурів залози, підвищення щільності її паренхіми, збільшення або зменшення розмірів органа, розширення панкреатичної протоки та вірсунголітаз або наявність конкрементів паренхіми.

При виконанні сцинтиграфії підшлункової залози на ранніх стадіях захворювання спостерігають посилення сцинтиграфічного малюнка, на пізніх — його стертість і дефекти накопичення радіонукліду (симптом "решета" або "бджолиного стільника").

Комп'ютерна томографія дозволяє виявити збільшення або зменшення розмірів залози, наявність кальцифікатів, конкрементів, нерівність контурів органа, вогнищеві чи дифузні зміни його структури.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ) виконується з метою виявлення розширень панкреатичної протоки, її деформацій, вірсунголітіазу .

Виконання **лапароскопії** є доцільним у фазі загострення хронічного панкреатиту при розвитку жирового та геморагічного панкреатонекрозів ("стеаринові бляшки", ексудат).

Пункційна біопсія підшлункової залози під контролем сонографії може мати важливе значення для диференціальної діагностики панкреатиту й раку.

Черезшкірна черезпечінкова холангіографія і –стомія - використовують як для диференціальної діагностики псевдотуморозної форми хронічного панкреатиту й раку підшлункової залози, так і з метою передопераційної підготовки при наявності жовтяниці з метою декомпресії біліарного тракту, а також виявлення розширень внутрішньо- та позапечінкових протоків, локалізації та протяжності їх стриктур.

Варіанти клінічного перебігу й ускладнення хронічного рецидивного панкреатиту.

Характерними є зміни періодів загострення та ремісії захворювання.
Хронічний больовий панкреатит проявляється інтенсивними болями частіше оперізуючого характеру у верхній половині живота з ірадіацією в поперек.
Хронічний безбольовий (латентний) панкреатит - біль або відсутній взагалі, або виникає після прийому жирної й гострої їжі та може бути незначно виражений. Разом із тим, на перший план виступають порушення зовнішньо- або внутрішньосекреторної функції підшлункової залози.

Хронічний псевдотуморозний панкреатит. Характерним є тупий біль у проекції головки підшлункової залози, диспепсичні розлади та синдром біліарної гіпертензії.

Хронічний холангіогенний панкреатит. Характерні як клініка хронічного холециститу й холелітіазу, так і клініка панкреатиту.

Хронічний індуративний панкреатит. У хворих наявні симптоми зовнішньо- та внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози. Характерними є низькі показники амілази в крові й сечі. При вираженому склерозі головки підшлункової залози із залученням у процес загальної жовчної протоки, можливий розвиток механічної жовтяниці.

Ускладнення хронічного панкреатиту: (найчастіші):

- жирова дистрофія, цироз печінки;
- стриктури термінального відділу загальної жовчної протоки;
- виразки дванадцятипалої кишки;
- тромбоз селезінкової вени;
- цукровий діабет;
- псевдокісти підшлункової залози;
- ексудативні плеврит і перикардит та інфаркт міокарда.

Діагностична програма, обов'язкові лабораторні дослідження :

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження".
2. Загальний аналіз крові, сечі, калу.
3. Цукор крові.
4. Амілаза сечі.
5. Група крові, резус фактор.
6. Біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, тимолова проба, електроліти, сечовина, азот сечовини, креатинін, сечова кислота).
7. Загальний білок і білкові фракції.
8. Коагулограма.
9. Амілаза, ліпаза крові.
10. Кальцій сироватки крові.
11. Копроцитограма.
12. Еластаза калу.
13. 13 С -крохмальний дихальний тест.
14. 13 С - змішаний тригліцеридний дихальний тест.

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- УЗД органів черевної порожнини.
- ЕКГ.
- ЕФГДС.

Додаткові лабораторні дослідження:

1. Імунореактивний трипсин, панкреатична ізоамілаза, фосфоліпаза А2 типа І, еластаза І крові.
2. Глікемічний, глюкозуричний профіль.
3. С-реактивний пептид, проба Штауба — Трауготта.
4. СА19-9

Додаткові інструментальні методи дослідження:

1. – ЕРХПГ.
2. Дуоденорентгенографія в умовах штучної гіпотонії.
3. Пункційна (аспіраційна) тонкоголкава біопсія з наступним цитологічним , бактеріологічним дослідженням пунктату (аспірату).
4. КТ органів черевної порожнини.
5. Спіральна КТ з болюсним контрастним посиленням.

Консультації спеціалістів:

- 1) Гінеколог (для жінок).
- 2) Ендокринолог (за показам).
- 3) Психіатр, нарколог (по показами).

Диференціальна діагностика.

Хронічний панкреатит потрібно диференціювати з:

1. Захворюваннями жовчного міхура та жовчних шляхів (жовч-нокам'яна хвороба, дискінезії жовчних шляхів).
2. Виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки.
3. Абдомінальним ішемічним синдромом.
4. Раком підшлункової залози
5. Інфарктом міокарда.

Тактика і вибір методу лікування.

Фаза загострення хронічного панкреатиту - лікування, як і при гострому панкреатиті.

1. Ліжковий режим.
2. Раннє череззондове, парентеральне харчування без обмеження лужного пиття (мінеральні води).
3. Боротьба з больовим синдромом включає застосування знеболюючих засобів і спазмолітиків (промедол, анальгін, баралгін, папаверин, ношпа, платифілін, глюкозо-новокаїнова суміш).
4. Зниження панкреатичної секреції (атропін, метацин, сандостатин, даларгін, стиламін, соматостатин).
5. Пригнічення шлункової секреції: H₂-блокатори (гістодил, циметидин, гастроцепін, ранісан, тагамет тощо), антациди (альмагель, гастропан), ІПП (пантопрозол, омепрозол, нексіум).
6. Антигістамінні препарати (димедрол, супрастин, фенкарол, тавегіл).
7. Антиферментна терапія: а) інгібітори протеаз (контрикал, трасилол, гордокс, антагозан), доза яких повинна залежати від рівня гіперферментемії;
б) цитостатики (фторафур, 5-фторурацил);
в) хімічні інгібітори трипсину (амінокапронова кислота, пентоксил).
8. Покращення мікроциркуляції (гепарин, реополіглюкін і реоглюман).
9. Дезінтоксикаційна терапія (гемодез, глюконео-дез, ентеродез).
10. Парентеральне харчування - використовують кристалічні амінокислоти, 5-10-40 % глюкозу з інсуліном, плазму, ліпофундин.
11. Нормалізація моторної функції органів травлення - призначення церукалу та реглану.
12. Антиоксиданти (С, В₁, В₆, В₁₂) та анаболічні гормони (ретаболіл, неробол).

При затиханні запальних явищ у підшлунковій залозі:

1. Дієта № 5;
2. Корекція екскреторної недостатності підшлункової залози (фестал, панзинорм, панкреозимін, дигестал тощо).
3. Стимуляції функції підшлункової залози (секретин).

Корекція ендокринної недостатності підшлункової залози.

Легкий ступінь:

- Дієта з обмеженням вуглеводів.
- Букарбан, манініл та інші пероральні препарати.

Середній та тяжкий ступінь

— інсулінотерапія.

Фізіотерапевтичні процедури - індуктотермія, мікрохвильова терапія (надвисокі частоти) й електростимуляція дванадцятипалої кишки.

Хірургічні методи лікування хронічного панкреатиту

Показання до операції та її об'єм залежать від форми панкреатиту. Загострення хронічного холангіогенного панкреатиту при наявності жовчнокам'яної хвороби - показання до операції в перші 24 – 48 годин від початку загострення.

Хірургічне лікування показане у випадках:

- 1) кальцинозу підшлункової залози з вираженим больовим синдромом;
- 2) порушення прохідності протоки підшлункової залози;
- 3) наявності кісти чи нориці, резистентної до консервативної терапії протягом 2-4 місяців;
- 4) механічної жовтяниці на ґрунті тубулярного стенозу дистального відділу загальної жовчної протоки;
- 5) компресії та тромбозу ворітної вени;
- 6) жовчнокам'яної хвороби, ускладненої хронічним панкреатитом;

- 7) виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладненої вторинним панкреатитом;
- 8) дуоденостазу, ускладненого хронічним панкреатитом;
- 9) неможливості виключення до операції пухлини чи порушення артеріального кровообігу підшлункової залози.

Виконання *Холецистектомії* показано при наявності калькульозного холециститу та вторинного панкреатиту, гострого деструктивного холециститу або водянки жовчного міхура.

Холедохолітомію виконують хворим із холангіолітіазом при неможливості здійснення літоекстракції транспапілярним шляхом (ЕПСТ, літоекстракція):

- а) із глухим швом загальної жовчної протоки (використовують рідко);
- б) з її зовнішнім дрениванням для відведення інфікованої жовчі (холангіт), зниження біліарної гіпертензії (при набряку головки підшлункової залози);
- в) із внутрішнім дрениванням (при тубулярному стенозі дистальної частини загальної жовчної протоки, різкому розширенні холедоха з повною втратою еластичності його стінки (виконують один із варіантів холедоходуоденостомії)).

Папілосфінктеротомію:

- а) трансдуоденальну - виконують із папілосфінктеропластиком;
- б) ендоскопічну - при ізольованих або поєднаних із холедохолітіазом стенозах великого дуоденального сосочка, наявності фіксованих конкрементах великого сосочка дванадцятипалої кишки.

Вірсунгопластика — розтин та пластика вузької частини дистального відділу головної панкреатичної протоки (застосовують у хворих із стриктурами проксимального відділу протоки протяжністю не більше 2 см). При ізольованих стенозах вічка головної панкреатичної протоки виконують ендоскопічну вірсунготомію.

Панкреатоєюностомія: а) поздовжня (виконується при значному розширенні панкреатичної протоки); б) каудальна (за Дювалем) із резекцією дистального відділу підшлункової залози

Резекція підшлункової залози: а) дистальна або каудальна;

Показання:

— псевдокісти тіла і хвоста залози;

— тяжкий панкреатит, що супроводжується обструкцією головного панкреатичного протоку на рівні перешейка залози або його посттравматичний стеноз на цьому ж рівні;

— нориці після травматичного розриву протока в області перешейка залози.

б) дистальна субтотальна;

в) панкреатодуоденальна (ПДР);

г) тотальна дуоденопанкреатектомія головки чи тіла залози (виконують у випадках фіброзно-дегенеративного панкреатиту).

Показання:

— при неможливості виключити рак головки і тіла підшлункової залози;

— при рецидиві хронічного панкреатиту в головці залози після перенесеної раніше її дистальної резекції;

— виражені патологічні зміни кукси підшлункової залози і головного панкреатичного протока, що не дозволяє сформувати панкреатодігестивний анастомоз або виконати оклюзію протоків панкреатичної кукси;

— інтраопераційні ускладнення, що виникли і які коригуються повним видаленням залози.

Показання для виконання **ендоскопічного панкреатичного дронування** (панкреатична сфінктеротомія, видалення панкреатичних каменів, ендопротезування протоків підшлункової залози, розширення панкреатичних стриктур, ультразвукова літотрипсія):

- стриктури панкреатичних протоків, панкреатолітіаз;

- оклюзія протоків підшлункової залози за допомогою полімерних сполук (ціанокрилати, проламін, неопрен тощо), що призводить до атрофії екзокринної паренхіми, але зберігає острівкові тканини.

Показання до виконання операцій на симпатичній нервовій системі (лівобічна спланхнікектомія; б) двобічна грудна спланхнікектомія й симпатекутомія; с) постгангліонарна невротомія підшлункової залози):

- при больових формах хронічного індуративного панкреатиту;
- у випадках, резистентних до консервативної терапії;
- при відсутності грубих морфологічних змін паренхіми, строми залози та деформації головної панкреатичної протоки.

Внутрішнє дренування жовчних протоків:

1. Гепатикоєюностомія на петлі по Ру.
2. Ендоскопічне дренування з використанням біліарних стентів при наявності панкреатогенного стенозу загальної жовчної протоки.

Корекція хронічної дуоденальної непрохідності:

1. Поперечна дуоденоєюностомія.
2. Антрумектомія по Ру з ваготомією .

Показання : панкреатогенний стеноз дванадцятипалої кишки.

Спленектомія показана при сегментарній портальній гіпертензії.

Хворі з хронічним панкреатитом підлягають диспансерному обліку (повторний огляд і обстеження в амбулаторно-поліклінічних умовах двічі за рік).

Нориці підшлункової залози.

Нориці підшлункової залози - патологічні сполучення між протоковою системою чи постнекротичною порожниною підшлункової залози та іншими органами, порожнинами чи зовнішньою поверхнею тіла. Шифр - К 86.8
Класифікація:

За етіологією: 1. Пост панкреатичні нориці. 2. Посттравматичні (включаючи хірургічну травму). 3. Нориці після зовнішнього дренування кіст підшлункової залози.

За клінічним перебігом: 1. Тимчасові. 2. Постійні. 3. Рецидивуючі.

За наявності зв'язку з протоковою системою підшлункової залози:

1. Нориця, зв'язана з головним панкреатичним протоком: — з порушенням прохідності протока; — без порушення прохідності протока.

2. Нориця, зв'язана з додатковим панкреатичним протоком:

- з порушенням прохідності протока;

- без порушення прохідності протока .

3. Нориця, не зв'язана з панкреатичним протоком:

— парапанкреатична, що закінчується гнійною порожниною;

— парапанкреатична, що не закінчується гнійною порожниною.

За локалізацією: 1. Зовнішні. 2. Внутрішні.

По кількості норицевих ходів: 1. Одноканальні. 2. Багатоканальні.

За розгалуженості норицевих ходів : 1. Розгалуженні. 2. Нерозгалуженні.

За наявності інфікування: 1. Неінфіковані. 2. Інфіковані.

За наявності зв'язку з іншими органами: 1. Ізольовані. 2. Поєднані.

3. Комбіновані.

Лікування

Консервативне лікування. Показання:

— нориці за термінами існування - від 4 тиж. до 5 міс;

— неповні неускладнені панкреатичні нориці після травми підшлункової залози;

— нориці, що розвинулися після радикальних втручань на підшлунковій залозі з приводу панкреонекрозу, пухлинних уражень, травм;

— нориці після дренування кіст підшлункової залози, що не сполучаються з панкреатичним протоком;

— підготовка до хірургічного лікування.

Програма консервативного лікування:

1. Пригнічення секреції підшлункової залози (Сандостатин).
2. Спазмолітики (но-шпа, папаверін, бускопан, галідор).
3. М - холіноблокатори (атропін, платифілін, гастроцепін).
4. Инфузійна терапія

- (колоїди, кристалоїди), об'єм якої визначається клінічною ситуацією. 5. Н2-блокатори, антациди,
2. сукральфат. 6. Санація норицевого ходу, захист шкіри від мацерації. 7. Корекція порушень кислотно-основного стану, білкового, жирового і вуглеводного обмінів. 8. Стимуляція анаболічних процесів (пентоксил, метилурацил, ретаболіл).

Хірургічне лікування

Показання:

- безуспішність консервативної терапії протягом 3-4 міс;
- порушення прохідності головного панкреатичного протоку;
- зв'язок норицевого ходу з головним панкреатичним протоком;
- наявність гнійних недренуючих порожнин в парапанкреатичній клітковині;
- процеси деструкції підшлункової залози, які продовжуються.

Методи хірургічного лікування.

1. **Дистальна резекція підшлункової залози з норицею** проводиться при:

- хронічному гнійному панкреатиті, гнійному парапанкреатиті;
- поєднанні нориці з кістою, що нагноїлась;
- наявності атрофічних змін паренхіми підшлункової залози;
- внутрішніх норицях.

2. **Висічення нориці з внутрішнім дрениванням панкреатичного протока** при: — істинних зовнішніх норицях підшлункової залози.

Протипоказанням є:

- рихла запальна залоза;
- наявність парапанкреатичних гнійних затьоків і інфільтратів.

3. **Оклюзія панкреатичних нориць і протоків** проводиться при:

- низькому мікробному обсіменінні виділення із нориці;
- розмірах порожнини, що дронується норицею -3-4 см, відсутністю в ній значних заплівів і вільно лежачих секвестрів;
- відсутності зв'язку нориці з головним панкреатичним протоком та його великимигілками.

Консервативна терапія в післяопераційному періоді:

- антибіотикотерапія (фторхінолони, цефалоскорини III-IV покоління, карбапенеми), антианаеробні (метронідазол);
- блокатори панкреатичної секреції (Сандостатин);
- H₂-блокатори, антациди;
- інфузійна терапія - за показами;
- анальгетики, спазмолітики - за показами.

Довготривалість стаціонарного лікування індивідуальна у залежності від характеру клінічного перебігу хвороби, наявності ускладнень.

З метою профілактики ускладнень після операцій на підшлунковій залозі вводять п/шк. Сандостатин по 0.1 мг 3 рази/добу протягом 7 наступних днів, починаючи з дня операції.

Кісти підшлункової залози.

Кіста підшлункової залози — це обмежена капсулою порожнина, заповнена рідиною (панкреатичний сік, ексудат, гній), інтимно спаяна з головкою, тілом або хвостом органа, яка має на внутрішній поверхні епітеліальне вистелення. Псевдокіста (несправжня кіста) — це порожнина в підшлунковій залозі, яка утворилась внаслідок її деструкції, обмежена капсулою, що не має на внутрішній поверхні епітеліального вистелення

Етіологія і патогенез

Псевдокісти виникають внаслідок вогнищового некрозу залози, утрудненого нормального відтоку її секрету з руйнуванням стінок панкреатичних проток із виходом панкреатичного соку за межі залози, що викликає реактивне запалення очеревини навколишніх органів, які формують стінки псевдокісти. Причинами їх виникнення є: - перенесений деструктивний панкреатит; - травми підшлункової залози; - оклюзія вірсунгової протоки паразитами, конкрементами, пухлинами; - уроджені аномалії розвитку.

Причини виникнення справжніх кіст: 1. уроджені (дизонтогенетичні) кісти - аномалія розвитку; 2. набуті ретенційні кісти - розвиваються внаслідок утрудненого відтоку панкреатичного соку; цистаденоми й цистаденокарциноми (за механізмом виникнення належать частіше до проліфераційних, інколи — дегенераційних кіст).

Стадії розвитку кіст підшлункової залози (за Р.Г. Карагуляном, 1972).

I стадія (триває 1—1,5 місяці) — в центрі запального інфільтрату в сальниковій сумці утворюється порожнина розпаду, яка поширюється на навколишні тканини.

II стадія (2~3 місяці) характеризується початком формування капсули псевдокісти. Кіста пухка, несформована, гострі запальні явища в ній стихають.

III стадія (3-12 місяців) — завершення формування капсули псевдокісти. Остання зрощена з навколишніми органами.

IV стадія (починається через рік від виникнення кісти) — відмежування кісти.

Кіста рухлива, легко виділяється зі злук із навколишніми органами.

Ретенційні кісти виникають при закритті просвіту панкреатичної протоки (конкременти, склерозування). Травматичні кісти належать до псевдокіст з аналогічним перебігом і клінікою, як і запальні псевдокісти.

Паразитарні кісти (ехінококові, цистицеркозні) зустрічаються як казуїстика. У таких хворих позитивні проба Кацоні й серологічна реакція Вейнберга.

Класифікація. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) Кіста підшлункової залози К 86.2 Псевдокіста підшлункової залози К 86.3 Вроджена кіста підшлункової залози О 45.2 I.

За етіологією:

1. Після деструктивного панкреатиту:

— у оперованих;

— у не оперованих.

2. Посттравматичні.

3. Паразитарні.

4. Пухлинні (первинні і метастатичні).

5. Вродженні.

6. Ретенційні.

II. За клінічними ознаками:

1. За термінами утворення:

- гострі (2-3 міс.);
- підгострі (3-6 міс.);
- хронічні (від 6 міс.).

1. За тяжкістю клінічного перебігу:

- прості (неускладненні);
- ускладненні (нагноєння, перфорація, перитоніт, кровотеча, фістулоутворення, злоякісне переродження та ін.).

III. Первинні та рецидивні.

Класифікація (за О.М. Бакулевім і В.В. Виноградовим, 1952)

I. Уроджені кісти підшлункової залози:

1. Дермоїдні кісти.
2. Тератоїдні кісти.
3. Уроджені аденоми.
4. Фіброзно-кістозна дегенерація.
5. Полікістозна дегенерація.

II. Запальні кісти: 1. Псевдокісти. 2. Ретенційні кісти.

III. Травматичні кісти: 1. У результаті безпосереднього пошкодження залози. 2. У результаті непрямого пошкодження залози.

IV. Паразитарні кісти: 1. Ехінококоз залози. 2. Цистицеркоз залози.

V. Неопластичні кісти: 1. Кістаденоми. 2. Кістаденокарциноми.
3. Кавернозні гемангіоми. 4. Кістозні епітеліоми.

Варіанти клінічного перебігу ускладнених справжніх та псевдокіст.

Перфорація у вільну черевну порожнину проявляється клінікою розлитого перитоніту - різкий біль у животі, позитивні симптоми подразнення очеревини, можливий шоковий стан внаслідок подразнення очеревини панкреатичним соком.

Прорив кісти в шлунок, дванадцятипалу, тонку, рідше товсту, кишки супроводжується зменшенням кісти в розмірах або повним зникненням; іноді з'являється пронос.

Нагноєння вмісту кісти супроводжується болем, який стає більш інтенсивним, підвищується температура, наростає лейкоцитоз.

Арозивні кровотечі з'являються раптово й супроводжуються симптомами внутрішньої кровотечі (виражена загальна слабкість, запаморочення). Об'єктивно спостерігають блідість шкіри та слизових оболонок, холодний липкий піт, тахікардію й анемію.

Механічна жовтяниця виникає внаслідок компресії кісти на термінальний відділ холедоха. Виявляють жовтушність шкіри та слизових оболонок, ахолічний кал, темну сечу, гіпербілірубінемію, підвищення рівня АлТ та АсТ.

Портальна гіпертензія розвивається внаслідок стиснення ворітної вени. Діагностують асцит, варикозне розширення вен стравоходу та шлунка, помірну жовтяницю.

Реактивний ексудативний плеврит частіше виникає в лівій плевральній порожнині, де рентгенологічно діагностується ексудат із високим вмістом амілази.

При малігнізації стінки кісти специфічні симптоми відсутні; діагноз встановлюється під час операції (експрес-біопсія стінки кісти).

Діагностика кіст.

- Анамнез.
- Обов'язкові лабораторні дослідження:
 - загальний аналіз крові, сечі, діастаза сечі;
 - цукор крові;
 - біохімічний аналіз крові (білірубін, АлТ, АСТ, лужна фосфатаза, креатинін, сечовина, електроліти, тимолова проба, азот сечовини);
 - загальний білок і білкові фракції;
 - коагулограма;
 - копрограма.
- Обов'язкові інструментальні дослідження:
 - УЗД органів черевної порожнини.
 - КТ органів черевної порожнини.
 - ЕКГ.
 - ЕФГДС.
- Додаткові дослідження (за показами):
 - ЕРХПГ.
 - Дуоденографія.
 - Глікемічний, глюкозуричний профіль - СА19-9.

— Пункційна аспіраційна тонкоголкова біопсія під контролем УЗД, КТ з послідуєчим цитологічним и бактеріологічним дослідженням аспірата.

— Антибіотикограма.

Консультації спеціалістів:

—гінеколог (для жінок);

—анестезіолог;

—ендокринолог (при необхідності).

Диференційна діагностика.

Кісти підшлункової залози слід диференціювати з:

- раком підшлункової залози;
- пухлинами за очеревинного простору;
- аневризмою черевної аорти;
- кістою брижі тонкої кишки;
- кістою печінки.

Лікування.

Псевдокісти:

1. несформовані неускладнені кісти - консервативне лікування (Н2блокатори чи антациди, еубіотики, пробіотики, антиоксиданти, вітаміни, гомеопатична і фітотерапія);
2. несформовані ускладнені кісти - хірургічне лікування (зовнішнє дронування);
3. сформовані неускладнені кісти - хірургічне лікування (внутрішнє дронування – цистогастро-, цистоеюностомія, при поєднанні з дилатацією головного панкреатичного протока - поздовжня панкреатоеюностомія);
4. сформовані ускладнені кісти — хірургічне лікування (зовнішнє чи внутрішнє дронування у залежності від хірургічної ситуації).

Ретенційні кісти:

1. корпорокаудального відділу підшлункової залози - дистальна резекція;
2. головки залози - цистоеюно- чи цистогастроанастомоз;

3. головного панкреатичного протока на всій довжині – поздовжня панкреатоєюностомія.

Пухлинні та паразитарні кісти - хірургічне лікування (резекція, об'єм якої залежить від локалізації і розповсюдженості процесу).

В післяопераційному періоді: — антибіотикотерапія (фторхінолони, цефалоспори́ни III-IV покоління, карбапенеми), антианаеробні (метронидазол); — блокатори панкреатичної секреції (Сандостатін); — H₂-блокатори, антациди; — інфузійна терапія - за показами; —анальгетики, спазмолітики - за показами.

Тривалість стаціонарного лікування індивідуальна у залежності від характеру клінічного перебігу хвороби, наявності ускладнень.

Захворювання селезінки.

Спленомегалія — це симптом, який є відображенням захворювання будь-якого іншого органу або системи організму.

Основні причини:

1. гіпертензія в басейні ворітної вени;
2. наявність інфекційного збудника;
3. зниження осмотичної резистентності еритроцитів.

У хірургічному аспекті спленомегалія при:

1. портальний цироз печінки (хвороба Банті);
2. тромбофлебітна спленомегалія;
3. цироз печінки Гано;
4. тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа);
5. малярійна спленомегалія;
6. хронічна гемолітична жовтяниця.

Патоморфологія

Вага селезінки при порушенні ворітного кровообігу (цироз печінки) може досягнути декількох кілограмів. Тоді вона стає щільною, темно-вишневого кольору, з атрофією фолікулів і склерозом пульпи (ціанотична індурація).

Септична селезінка - (300-500 г) м'яка, на розрізі має значний зішкріб, іноді — з рідкою пульпою, що випадає з капсули. Колір її від сіро-червоного до яскраво-червоного.

Малярійна селезінка — до кількох кілограмів, її пульпа гомогенна, сірочорна.

При лейшманіозі - орган гігантських розмірів, щільний, поверхня розрізу гомогенна, вишневого кольору.

При хронічному мієлолейкозі селезінка досягає кількох кілограмів, при лімфолейкозі — до 1 кг. Пульпа гомогенна, сіро-червона, м'якої консистенції, еластична. "Порфірна" поверхня розрізу зустрічається у хворих на лімфогранульоматоз. При цьому на сіро-червоному фоні виявляють множинні білі й ледь жовтуваті вузлики неправильної форми.

Помірна спленомегалія з гемосидерозом - при перніціозній гемолітичній анемії, тромбоцитопенічній анемії, тромбоцитопенічній пурпурі й макроглобулінемії Вальденстрема.

Різкий ступінь спленомегалії спостерігають при хворобі Гоше (до 10 кг). Поверхня її гладка, щільна, на розрізі світло-сіро-червона, дещо "сальна". На цьому фоні видно множинні сірі вузли — інфаркти.

При амілоїдозі селезінка помірно збільшена, щільна, з гладкою капсулою та заокругленими краями. Паренхіма крихка. На розрізі виявляють напівпрозорі, сірі, до 3 мм діаметром утвори ("сальна селезінка"). Інколи вона приймає гомогенний, сіро-червоний, сальний вигляд ("сальна селезінка").

Симптоматика і клінічний перебіг спленомегалій

Скарги на: відчуття давлючого болю, тяжкості та розпирання в лівому підребер'ї.

Огляд хворого:

- асиметрія верхньої половини живота, що має вигляд відхилення лівої реберної дуги назовні й випинання лівого підребер'я, передньої черевної стінки;

- на передній стінці живота видно сітку розширених підшкірних вен (сарії пієсізае).

Пальпація:

- поверхня селезінки гладка, щільна, неболюча. її передній край заокруглений, з однією або двома глибокими вирізками;

- нижній полюс селезінки пальпується низько, інколи навіть на декілька сантиметрів вище пупартової зв'язки;
- верхній же її край через щільне прилягання органа до лівої реберної дуги для пальпації недоступний.
- зміщення селезінки вниз при глибокому вдиху.

Перкусія - над великою селезінкою визначають притуплення. Товста кишка в таких випадках зміщена вправо.

Варіанти клінічного перебігу спленомегалій, їх ускладнень:

Портальний цироз:

- спленомегалія;
- варикозне розширення вен стравоходу й кардіального відділу шлунка;
- асцит.

При огляді:

- еритема долонь;
- розширення поверхневих вен передньої черевної стінки,

Пальпаторно - визначають збільшену, дерев'янистої консистенції, печінку. Інколи ж внаслідок атрофічного цирозу останньої пальпувати не вдається.

Спленомегалічна форма цирозу печінки (хвороба Банті) :

- різке збільшенням селезінки;
- прогресування некрозів'я;
- циротичне збільшенням печінки.

Розрізняють 3 стадії перебігу хвороби:

- 1 стадія - характерна спленомегалія та прогресуюча анемія;
- 2 стадія - супроводжується циротичним збільшенням печінки;
- 3 стадія - при прогресуючому цирозі печінки виникає асцит.

Тромбофлебітна спленомегалія - притаманний синдром гіперспленізму: анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія.

Цироз печінки Гано — спленомегаля, гепатомегалія, жовтяниця. Для цієї патології характерним є хронічний перебіг із періодичною гіпертермією.

Хвороба Верльгофа - спленомегаля не є постійним синдромом; у хворих виникає схильність до крововиливів і частих кровотеч. В аналізі крові – анемія, тромбоцитопенія, лейкоцитоз і сповільнення ретракції кров'яного згустка. Хвороба спадкова, хворіють частіше жінки.

Малярійна спленомегаля - синдром гіперспленізму, цироз печінки з явищами портальної гіпертензії та хронічний перебіг із періодичними нападами лихоманки. Іноді на висоті нападу виникає жовтяниця.

Уроджена хронічна гемолітична жовтяниця - проявляється тріадою симптомів: спленомегаля, жовтяниця та анемія. При цьому виявляється зниження осмотичної резистентності еритроцитів, що призводить до масивного руйнування їх у селезінці.

Ускладнення, що виникають при прогресуючому перебігу спленомегаляї:

- 1) Спонтанний розрив (інфаркт) селезінки з небезпечною для життя кровотечею.
- 2) Геморагії з варикозно розширених вен стравоходу.
- 3) Кісти й абсцеси селезінки з проривом їх у ліву плевральну порожнину, шлунок чи ободову поперечну кишку.

Діагностична програма 1. Загальний аналіз крові. 2. Коагулограма. 3. Оглядова рентгенографія живота. 4. Спленопортографія. 5. Лапароскопія. 6. УЗД. 7. Радіоізотопне сканування селезінки з технецієм або індієм. 8. Комп'ютерна томографія.

Диференціальна діагностика

Спленомегаляю слід диференціювати з:

- 1) пухлинами лівої нирки;
- 2) гіпернефромою;
- 3) раком селезінкового кута товстої кишки;
- 4) пухлинами заочеревинного простору;

Тактика і вибір методу лікування спленомегаляї.

Найрадикальнішим методом лікування захворювань, об'єднаних симптомом спленомегаляї, є хірургічне втручання— спленектомія. Проведена за показами

операція призводить якщо не до повного клінічного видужання, то до полегшення перебігу хвороби. Приймаючи рішення стосовно необхідності спленектомії, слід завжди враховувати особливості патогенезу та клінічного перебігу основного захворювання.

Абсцес селезінки.

Етіологія :

- забій живота;
- септичні та інфекційні захворювання;
- інфаркт селезінки та ін.

Клініка:

Скарги:

- Висока гектична температура, озноб;
- болі в лівому підребір'ї.

Огляд:

- ділянка лівого підребір'я болюча;
- наявне напруження м'язів;
- прослуховується периспленічне тертя.

Лабораторні дослідження:

- високий лейкоцитоз зі здвигом формули вліво;
- високий рівень ШОЕ.

Ретгенодослідження органів грудної клітки - обмеження рухомості лівого купола діафрагми і прояви плевриту.

Диференційну діагностику слід проводити з лівосторонніми паранефритом і піддіафрагмальним абсцесом, гнійними захворюваннями лівої нирки і навколониркової клітковини.

Лікування.

Якщо в перші 3—5 днів антибіотики в великих дозах не дають ефекту, показана

операція — спленектомія. При перитоніті і тяжкому стані хворих потрібно обмежитись розкриттям гнійника і його дренуванням.

Кісти селезінки.

Розрізняють кісти селезенки:

1. Істинні.
2. Псевдокісти.

До псевдокіст потрібно віднести і лімфатичну кісту, яка має багатокамерну будову і може займати всю селезінку (полікістозне переродження).

До паразитарних кіст відноситься ехінококова кіста. Невеликі кісти нічим себе не проявляють і виявляються в черевній порожнині під час операції чи при самотійному їх прориву.

Клініка.

Скарги хворих - болі в лівій половині живота, відчуття переповнення, тошноти, запори. При пальпації – визначається округле утворення (якщо кіста розташована на передній поверхні селезінки). Їх поверхня гладенька (якщо кіста по задній поверхні).

Постановка діагнозу в більшості випадків утруднена.

Діагностика кіст базується на виконанні рентгенологічних (внутрішньовенна урографія, пневмоперітонеум, ірригоскопія, спленопортографія, циліакографія), лапароскопічних досліджень, імунологічної реакції (Каццоні, Вейнберга) та ін..

Кісти селезінки слід диференціювати потрібно з:

- спленомегаліями різної етіології;
- збільшенням лівої долі печінки;
- збільшенням лівої нирки;
- кістою підшлункової залози і сальника;
- кістами і пухлинами заочеревинного простору

Через реальну загрозу розриву кісти селезінки і послідууючої кровотечі показана спленектомія.

Травми селезінки

Класифікація

Травми селезінки розрізняють:

I. За часом:

1. Одномоментні - з розривом капсули та кровотечею.
2. Двомоментні - розрив паренхіми без порушення цілості капсули → утворення субкапсулярної гематоми → розрив капсули над гематомою (від декількох годин до декількох діб) з клінікою гострої кровотечі.

II. За характером пошкоджень:

1. Розриви паренхіми та капсули, субкапсулярні гематоми(двоетапні розриви).
2. Розчавлення.
3. Відриви (частини органу, всього органу).

III. За локалізацією пошкодження селезінки (ворота, полюси, поверхня, краї).

IV. За характером кровотечі (повільна, швидка, блискавична, ізольована).

Симптоматика, клінічний перебіг та діагностика.

Ізольоване пошкодження селезінки: - інтенсивний біль у животі з іррадіацією в ліву ключицю та ліву лопатку:

- відчуття розпирання й тяжкості в лівому підребер'ї;
- вимушене положення хворого на лівому боці з підібганими до живота ногами; хворий будь-що намагається зайняти попереднє положення.

При масивній крововтраті: на перший план виступають симптоми геморагічного шоку і подразнення очеревини:

- колаптоїдний стан та короткочасну втрату свідомості;
- живіт асиметричний, головним чином, у ділянці лівого підребер'я;
- невідповідність між відсутнім напруженням м'язів передньої черевної стінки та різким болем при пальпації (симптом Куленкампа).

Перкуторно у відлогих місцях черевної порожнини визначається вільна рідина. Внаслідок накопичення навколо селезінки згустків крові виявляється

симптом Пітса-Беленса (при зміні положення тіла наявне в лівій половині черевної порожнини притуплення не зміщується).

Двохетапні розриви селезінки з утворенням субкапсулярних гематом.

Клінічна картина хворих із такими пошкодженнями органа малоінформативна і, в основному, зводиться до маловираженого болю в лівому підребер'ї або ж у поперековій ділянці, який через деякий час може зовсім зникнути. При підозрі на наявність такої патології селезінки показані виконання УЗД, лапароцентезу або лапароскопічної діагностики, мікролапаротомії.

При пальцьовому дослідженні прямої кишки може визначатись болючість і нависання прямокишково-маткового або прямокишково-міхурового заглиблення, що може свідчити про наявність крові в черевній порожнині. При виконанні оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини може визначатись обмеження рухомості лівого склепіння діафрагми та наявність вільної мобільної рідини у відлогих місцях живота.

Лабораторні обстеження передбачають визначення кількості еритроцитів, гемоглобіну (число еритроцитів і рівень гемоглобіну різко знижуються), лейкоцитів (кількість зростає, зсув лейкоцитарної формули вліво) і гематокриту.

Тактика і вибір методу лікування

Встановлений діагноз є показом до виконання екстреного хірургічного втручання,

Передопераційна підготовка:

- корекція гемодинамічних показників;
- регуляція діяльності серцево-судинної системи.;

гемостатичн терапія (10 % хлористий кальцій, 5 % амінокапронова кислота, кріоплазма, еритроплазма).

Хірургічне втручання проводять під ендотрахеальним наркозом із верхньосерединного доступу. У залежно від характеру пошкоджень, виконують: 1) Спленектомію; 2) Органозберігаючі операції: прошивання ран селезінки у поєднанні з тампонадою сальником на ніжці чи без неї та із застосуванням синтетичного пластичного матеріалу; клиноподібна резекція селезінки й заміщення дефекту сальником на ніжці, резекція її

верхнього або нижнього полюсів. Показаннями до такого виду операцій є поверхневі невеликі надриви, поранення краю або нижнього полюсу.

Надзвичайно ефективними є органозберігаючі операції з використанням електрозварювальних технологій.

Слід наголосити, що під час виконання операції спленектомії важливою повинна бути поетапність перев'язки судин, особливо у воротах селезінки, де завжди існує небезпека захоплення в лігатуру хвоста підшлункової залози або стінки шлунка.

Рекомендована література.

Основна література:

1. Хірургія: підручник / В.І. Бондарев, Р.В. Бондарев, О.О. Васильєв та ін.; за ред. проф. П. Г. Кондратенка. — К.: Медицина, 2009. — с. 455 – 519. ISBN 978-966-10-0036-9
2. Хірургія: За редакцією Захараша М.П. – Вінниця: Нова книга, 2014. – с. 184 – 215.
3. Хірургічні хвороби: підручник /За редакцією П.Д. Фоміна, Я.С. Березницького – 2 – е вид., випр. – Київ ВСВ «Медицина», 2017. – с. 132 – 137, 195 – 199. ISBN 978-617-505-602-8
4. Невідкладні стани в хірургії : навч. посіб. / К.М. Бобак, А.І. Бобак, В.В. Киретів та ін. ; за ред. Л.М. Ковальчука. — К. : ВСВ «Медицина», 2017. — с. 191 – 203.
5. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – с. 286-313 ISBN 978-617-505-853-4
6. Захараш М.П. Пойда О.І., Хірургія, Київ, 2007 р. 150-172 с.
7. Б.Г.Безродний, В.М.Короткий, І.В.Колосович, Р.А.Сидоренко
Хірургічне лікування захворювань підшлункової залози.- Київ: Видавництво, 2011.

Додаткова література:

1. Гострий панкреатит: - Кондратенко П.Г. Донецьк.-2008.- 352 с.
2. Практикум з хірургії. Модуль 1 / За редакцією В.Г. Мішалова., 2-ге вид., перероб. та доп. – Київ: Видавничий дім «Асканія», 2012. – с. 94 – 127.

3. Білий В.Я., Русин В.І., Фомін П.Д., Копчак В.М., Савицький О.Ф. Нариси хірургії гострого панкреатиту: Монографія. – Ужгород: Карпати, 2020. – 168 с. ISBN 978-966-671-541-1

4. National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions (2010) Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. National Clinical Guidelines Centre. www.nice.org.uk

5. NICE (2010a) Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk

6. NICE (2010b) Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.

7. NIH Consensus Development Program. In: <http://consensus.nih.gov/faqs.htm>; 2012.

8. Choueiri NE, Balci NC, Alkaade S, Burton FR. Advanced imaging of chronic pancreatitis. *Curr Gastroenterol Rep* 2010;12:114e20.

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Топографічна анатомія підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.

2. Послідовний, методичний збір анамнезу, огляд та фізикальне обстеження пацієнта з підозрою на захворювання підшлункової залози та селезінки та їх ускладнення.

3. Методи ультразвукової, променевої, лабораторної діагностики та їх інформативність при обстеженні хворих з патологією підшлункової залози, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків, селезінки.

4. Групи антибактеріальних препаратів, знеболювальних, спазмолітиків, блокаторів секреції, дезінтоксикаційних та протизапальних препаратів, які використовуються при консервативному лікуванні пацієнтів з патологією підшлункової залози, органів гепатопанкреатодуоденальної зони, селезінки.

5. Тактика, терміни та види хірургічних втручань, які виконуються при захворюваннях підшлункової залози та селезінки та їх ускладненнях.