



НМУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>навчальна дисципліна</i>	Оперативна хірургія та топографічна анатомія
<i>модуль</i>	2
<i>змістовний модуль</i>	1
<i>заняття</i>	1
<i>тема заняття</i>	Топографічна анатомія і оперативна хірургія стінок і органів таза
<i>курс</i>	3
<i>факультет</i>	Медичний

1. Актуальність теми

Знання топографічної анатомії тазу мають практичне застосування в акушерстві і гінекології, проктології урології, травматології для діагностики патологічних процесів, розуміння їх протікання. Знання оперативної хірургії тазу застосовуються в повсякденній діяльності лікарів цих спеціальностей при виконанні оперативних втручань на органах тазу та промежини.

2. Конкретні цілі

Пояснювати

1. Будову кісткової основи тазу, варіантну анатомію, патологічні форми, вікові і статеві особливості тазу
2. Будову парієтальних та вісцеральних м'язів тазу
3. Топографічну анатомію діафрагми тазу і сечостатевої діафрагми
4. Топографічну анатомію фасцій і клітковинних просторів тазу
5. Топографічну анатомію прямої кишки. Хірургічну анатомію вад її розвитку
6. Топографічну анатомію матки, сечового міхура
7. Топографічну анатомію судин та нервів тазу
8. Прокол сечового міхура. Високий розтин сечового міхура. Доступи до передміхурової залози
9. Операції при абсцесах і норицях прямої кишки



10. Кесарів розтин. Операції при позаматковій вагітності.
11. Операція при водянці яєчка, крипторхізмі, фімозі і парафімозі
12. Операції на прямій кишці при атрезіях анального отвору і кишки

Класифікувати

1. Форми парапроктиту
2. Флегмони та абсцеси тазу
3. Вади розвитку прямої кишки
4. Доступи до передміхурової залози

Трактувати поняття

Епіцистостомія, нориці прямої кишки (інтрасфінктерні, трансфінктерні, екстрасфінктерні), кістковий таз, ділянка тазу, папапроктит, параметрит, водянка яєчка, крипторхізм, фімоз і парафімоз, sectio alta, frenulotomia, circumcisio

Проаналізувати:

1. Вибір способу оперативного лікування вад розвитку прямої кишки, різних форм парапроктиту та абсцесів, флегмон тазу
2. ускладнення епіцистостомії
3. ускладнення проколу сечового міхура

Запропонувати

1. Способи оперативного лікування різних форм парапроктиту та абсцесів, флегмон тазу
2. Доступи до передміхурової залози
3. Малювати схеми епіцистостомії, резекції маткової труби, пластики маткової труби

Скласти

Структурно-логічну схему розповсюдження нагнійного процесу при парапроктиті, параметриті, навколосечоміхурових флегмонах

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінна інтеграція)

Назви	Отримані навички
попередніх	
дисциплін	



анатомія людини	<p>передбачати взаємозалежність і єдність структур і функцій органів людини, їх мінливість під впливом екологічних факторів</p> <p>трактувати закономірності пренатального та раннього постнатального розвитку органів людини, варіанти мінливості органів, вади розвитку</p> <p>аналізувати інформацію про будову тіла людини, системи, що його складають, органи і тканини</p> <p>інтерпретувати статеві, вікові та індивідуальні особливості будови організму людини</p> <p>демонструвати володіння морально-етичними принципами ставлення до живої людини та її тіла як об'єкту анатомічного та клінічного дослідження</p> <p>визначати топографоанатомічні взаємовідносини органів і систем людини</p>
гістологія ембріологія	<p>і</p> <p>визначати критичні періоди ембріогенезу, вади розвитку людини</p> <p>трактувати мікроскопічну будову різних органів людини в аспекті взаємовідношень тканин, що входять до їх складу в різні вікові періоди, а також в умовах фізіологічної та репаративної регенерації</p>
нормальна фізіологія	<p>робити висновок про стан фізіологічних функцій організму, його систем та органів</p> <p>пояснювати механізми інтегративної діяльності організму</p>
патологічна анатомія	<p>трактувати етіологію, патогенез та морфологічні зміни на різних етапах розвитку хвороби, структурні основи видужання, ускладнень та наслідків хвороб</p> <p>аналізувати структурно-функціональні взаємозв'язки і послідовність стадій загально-патологічних процесів</p>
патологічна фізіологія	<p>інтерпретувати причини, механізми розвитку та прояви типових патологічних процесів</p> <p>трактувати основні поняття загальної нозології</p> <p>аналізувати та робити висновки щодо етіології і патогенезу функціональних порушень органів та систем організму при захворюваннях</p>

4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття



4.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Кістковий таз	З'єднані парні клубова, кульшова, лобкова та непарні крижова та куприкова кістки
Ділянка тазу	Частина тіла людини, що розміщена в середині кісткового тазу
Патологічний таз (в акушерстві)	Таз, при якому неможливі пологи природнім шляхом (per vias naturales)
Діафрагма тазу	Сукупність парних м'язів - підймачів відхідника та куприкових, що закривають вихід із малого тазу
Сечостатева діафрагма	Глибокий поперечний м'яз промежини
Фасція тазу	Фасціальний листок, що покриває стінки, м'язи та органи тазу
Клітковинні простори тазу	Клітковина, що розміщена між фасціальними листками тазу
Поверхи тазу	Відділи тазу, які розміщені: між шкірою та діафрагмою тазу (3 - підшкірний), діафрагмою тазу та очеревиною (2 - підочеревинний), очеревиною та площиною входу в малий таз (1 - очеревинний)
Атрезія анального каналу	Відсутність просвіту анального каналу
Атрезія прямої кишки	Відсутність просвіту прямої кишки
Аденома передміхурової залози	Доброякісна пухлина передміхурової залози, що виникає внаслідок гіперплазії елементів парауретральних залоз
Крипторхізм	Вроджене неопускання яєчка в калитку
Фімоз	Звуження шкірочки статевого члена
Парафімоз	Защемлення голівки статевого члена в звуженій шкірочці
Водянка яєчка	Накопичення патологічної рідини в порожнині серозної оболонки яєчка
Парапроктит	Гостре гнійне запалення навколопрямокишкових тканин
Епіцистостомія	Виведення нориці сечового міхура над лонним зрощенням



Sectio alta	Розсікання стінки сечового міхура з використанням надлобкового доступу
Інтрасфінктерні нориці прямої кишки	Нориці, що проходять в підслизовому шарі анального каналу і <u>не зачіпають сфінктер</u>
Транссфінктерні нориці прямої кишки	Канал нориці <u>проходить через товщу сфінктера</u>
Екстрасфінктерні нориці прямої кишки	Канал нориці обходить кільце сфінктера проксимально та ззовні, <u>не зачіпаючи його товщу</u>
Параметрит	Гостре запалення навколо маткової клітковини
Frenulotomia	Розсікання вуздечки шкірочки статевого члена
Circumcisio	Циркулярне відсікання шкірочки
Кесарів розтин (sectio cesarea)	Хірургічний доступ в порожнину матки для евакуації плода (штучні хірургічні пологи)
Простатаденомектомія	Видалення аденоми передміхурової залози

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Таз (кісткова основа, суглоби, зв'язки, розміри)
2. Фасції тазу (парієтальна, вісцеральна)
3. Клітковинні простори тазу (передміхуровий, навколопрямокишковий, бічний, навколоматковий жинок, центральний клітковинний простір тазу чоловіків)
4. Канал *Олкока (B.Alcock)*
5. Топографічна анатомія промежини.
6. Діафрагми тазу (сечостатева та анальна)
7. Топографічна анатомія сечового міхура
8. Топографічна анатомія передміхурової залози та її придатків
9. Топографічна анатомія матки та її придатків
10. Топографічна анатомія прямої кишки.
11. Катетеризація сечового міхура (інструментарій, техніка у осіб чоловічої та жіночої статей, можливі ускладнення та їх попередження)
12. Надлобкова пункція сечового міхура
13. Епіцистостомія
14. Одномоментна черезміхурова аденомектомія
15. Операції при водянці яєчка (*Вінкельмана* та *Грубера*)
16. Резекція маткової труби при трубній позаматковій вагітності
17. Передхребтова фіксація сигмоподібної кишки при випадінні прямої кишки



18. Парапроктити (класифікація, способи оперативних втручань при гострих та хронічних парапроктитах)

4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті

1. Зашивання стінки сечового міхура
2. Резекція маткової труби

5. Зміст теми

Зовнішні орієнтири, стінки і дно таза (діафрагма таза). Розподіл на поверхи (очеревинний, підочеревинний, підшкірний). Хід очеревини в чоловіків і жінок. Тазова фасція (парієнтальна і вісцеральна). Клітковинні простори. Топографія органів таза в чоловіків і жінок. Артеріальне кровопостачання, венозні сплетення і шляхи лімфовідтоку. Нервові сплетення (сакральне і підчеревне). Топографія анальної, сечостатевої області, зовнішні статеві органи в чоловіків і жінок, сечостатева діафрагма.

Вивчити межі, орієнтири, особливості кістковозв'язкової основи тазу. Розглядаючи пристінкові і вісцеральні м'язи тазу, звернути увагу на м'яз, що піднімає задній прохід. Вивчити топографію листків тазової фасції, розташування тазової і сечостатевої діафрагми, зв'язковий апарат тазу, капсули органів тазу, виділяють фасції міогенного, мезенхімального походження, а також залишки первинної очеревини – черевнопромежений апоневроз *Саліщева-Денонвільє*. Розглядаючи хід очеревини в тазу, відзначити, що заглиблення очеревини в жінок більш виражені, підкреслити практичну значимість дугласового простору. Вивчити фасції і клітковинні простори тазу, виділяючи пристінкові і вісцеральні, гілки внутрішньої клубової артерії, вени, симпатичний стовбур, підчеревне і статеве нервові сплетення, крижове сплетення з його гілками.

Топографія сечового міхура. Відзначити особливості його форми, скелето- і синтопію, відношення до очеревини. Розглянути кровопостачання і інервацію сечового міхура, його венозні сплетення, венозний і лімфатичний відтік.

Топографія передміхурової залози, сім'яних міхурців і сім'явиносних проток.

Топографія прямої кишки. Звернути увагу на особливості форми, відділів, вигинів, скелето- і синтопії, відношення до очеревини і тазової фасції. Відзначити особливості кровопостачання прямої кишки, практичне значення критичних точок судинних анастомозів, портокавальні анастомози прямокишкових вен. Зупинитися на інервації, шляхах лімфовідтоку і можливих шляхах метастазування пухлин.

Топографія матки, її зв'язковий апарат, кровопостачання, венозний відтік, інервація, шляхи лімфовідтоку. Розглянути можливі шляхи метастазування при злоякісних новоутвореннях. Зупинитися на топографії маткових труб, яєчників і особливостях їхньої будови.



Промежина, її межі, відділи, шари анальної області, стінки і вміст сідничнопрямокишкової ямки, канал Олькочка і розташований у ньому статевий судинно-нервовий пучок. Розглянути шари сечостатевої області, будову сечостатевої діафрагми, топографію чоловічого і жіночого сечівників. Відзначити звуження, вигини, сфінктери чоловічої уретри. Вивчити топографію мошонки і її вміст. Розглядають аномалії опускання яєчка в мошонку

Вивчити пункцію сечового міхура. Звернути увагу на чіткі показання до проведення цієї операції, можливі ускладнення. Високий розтин сечового міхура (епіцистотомія): розібрати показання, положення хворого, знеболювання, техніку операції. Відзначити особливості шва стінки сечового міхура. При вивченні операцій на передміхуровій розібрати можливі доступи до неї: черезміхуровий, промежинний, трансуретральний, позадулобковий. При гнійних захворюваннях передміхурової залози розсікають її капсулу, користуючись перинеальним або черезпрямокишковим доступом. Черезміхурова аденомектомія проводиться після введення в сечовий міхур гумового катетера і надлобкового розтину міхура. Роблять розтин слизової оболонки сечового міхура навколо внутрішнього отвору сечівника на відстані 0,5-1 см від нього і на таку ж глибину. Вказівним пальцем хірург робить кругове вищипування аденоми. Вказівним пальцем лівої руки, введеним у пряму кишку, «піддають» простату в порожнину міхура, операцію закінчують припиненням кровотечі, ушиванням рани міхура і передньо-бокової стінки. При тяжкому стані хворого операцію роблять двохмоментним способом: спочатку накладають сечовий свищ для вільного відтоку сечі, а коли стан хворого покращився роблять простатектомію. Водянка яєчка виникає при патологічних перетвореннях в серозній оболонці яєчка. Розібрати доступ та оперативний прийом при операції Вінкельмана. Операції при позаматковій вагітності. Визначити форми позаматкової вагітності. Відмітити необхідність проведення оперативного втручання при порушеній позаматковій вагітності в ургентному порядку. Розібрати необхідні доступи для проведення оперативного втручання. При порушеній позаматковій вагітності розібрати операцію резекції труби. Відмітити переваги та недоліки цього способу, можливі ускладнення. Операції при гострих та хронічних парапроктитах. Розібрати топографоанатомічні передумови виникнення гострих парапроктитів в зв'язку з будовою анальних залоз та їх пошкодженням. Хронічні парапроктити є наслідком гострих, що переніс хворий в анамнезі. Оперативне втручання зводиться до створення умов широкого дренивання гнійника, ліквідації нориці прямої кишки. Звертається увага на співвідношення свищів та зовнішнього сфінктера прямої кишки. Розібрати різні способи оперативних втручань в залежності від форми нориці.

6. Матеріали для самоконтролю

6.1. Завдання для контролю *вхідного* рівня знань



1. Як визначається прямий розмір входу в малий таз (істинна кон'югата)?
- А. від найбільш виступаючої точки внутрішньої поверхні симфізу до мису
 - Б. від середини верхнього краю симфізу до крижової кістки
 - В. від середини задньої поверхні симфізу до місця з'єднання $S_1 - S_2$
 - Г. від нижнього краю симфізу до крижово-куприкового з'єднання
 - Д. від нижнього краю симфізу до мису
2. Як визначається прямий розмір широкої частини малого тазу?
- А. від найбільш виступаючої точки внутрішньої поверхні симфізу до мису
 - Б. від середини верхнього краю симфізу до крижової кістки
 - В. від середини задньої поверхні симфізу до місця з'єднання $S_1 - S_2$
 - Г. від нижнього краю симфізу до крижово-куприкового з'єднання
 - Д. від нижнього краю симфізу до мису розмір вузької частини малого тазу?
3. Як визначається діагональна кон'югата малого тазу?
- А. від найбільш виступаючої точки внутрішньої поверхні симфізу до мису
 - Б. від середини верхнього краю симфізу до крижової кістки
 - В. від середини задньої поверхні симфізу до місця з'єднання $S_1 - S_2$
 - Г. від нижнього краю симфізу до крижово-куприкового з'єднання
 - Д. від нижнього краю симфізу до мису
4. Як визначається прямий розмір виходу з малого тазу ?
- А. від нижнього краю симфізу до кінчика мису
 - Б. від середини верхнього краю симфізу до крижової кістки
 - В. від середини задньої поверхні симфізу до місця з'єднання $S_1 - S_2$
 - Г. від нижнього краю симфізу до крижово-куприкового з'єднання
 - Д. від нижнього краю симфізу до кінчика куприку
5. Які мінімальні значення вважаються нормальними для прямого розміру входу в малий таз?
- А. 11 см
 - Б. 12 см
 - В. 9,5 см
 - Г. 11.5 см
 - Д. 12.5 см
6. Які мінімальні значення вважаються нормальними для прямого розміру вузької частини малого тазу?
- А. 11 см
 - Б. 10 см
 - В. 9 см



- Г. 11.5 см
- Д. 12.5 см

7. Які мінімальні значення вважаються нормальними для прямого розміру виходу з малого тазу?

- А. 11 см
- Б. 12 см
- В. 9,5 см
- Г. 11.5 см
- Д. 12.5 см

8. Які мінімальні значення вважаються нормальними для діагональної коньюгати малого тазу?

- А. 11 см
- Б. 12 см
- В. 9,5 см
- Г. 11.5 см
- Д. 12.5 см

9.Одною з причин випадіння прямої кишки є послаблення діафрагми тазу. Чим утворена діафрагма тазу?

- А. м`язами (m.m.levator ani,sphincter ani, coccygeus) і внутрішньою фасцею таза
- Б. м`язами (m.m.levator ani,sphincter ani,) і внутрішньою фасцею таза
- В. м`язами (m.m.levator ani, coccygeus) і внутрішньою фасцею таза
- Г. м`язами (m.m.transversus perinei prof., levator ani, sphincter ani) і внутрішньою фасцею таза

Д. м`язами (m.m.transversus perinei prof.) і внутрішньою фасцею таза

10.Одною з причин випадіння матки є послаблення сечостатевої діафрагми . Чим утворена сечостатева діафрагма ?

- А. м`язами (m.m.levator ani,sphincter ani, coccygeus) і внутрішньою фасцею таза
- Б. м`язами (m.m.levator ani,sphincter ani,) і внутрішньою фасцею таза
- В. м`язами (m.m.levator ani, coccygeus) і внутрішньою фасцею таза
- Г. м`язами (m.m.transversus perinei prof., levator ani, sphincter ani) і внутрішньою фасцею таза

6.2.Завдання НДРС

6.2.1.Реферати



1. Методи оперативного лікування злоякісних пухлин прямої кишки
2. Методи хірургічного лікуванні хронічних парапроктитів

6.2.2. Наочні посібники (стенди, фотоплакати, таблиці)

1. Прямокишкові нориці
2. Діафрагма тазу
3. Кровопостачання матки
4. Розміри тазу

6.3. Тестові завдання для контролю *кінцевого* рівня знань

1. Які мінімальні значення вважаються нормальними для прямого розміру широкої частини малого тазу?
 - А. 11 см
 - Б. 10 см
 - В. 9 см
 - Г. 11.5 см
 - Д. 12.5 см
2. Які мінімальні значення вважаються нормальними для поперечного розміру входу в малий таз?
 - А. 11 см
 - Б. 12 см
 - В. 13 см
 - Г. 11.5 см
 - Д. 12.5 см
3. Які мінімальні значення вважаються нормальними для поперечного розміру виходу з малого тазу?
 - А. 11 см
 - Б. 12 см
 - В. 13 см
 - Г. 11.5 см
 - Д. 12.5 см
4. У хворого з політравмою спостерігається гостра травматична затримка сечі і неможливість катетеризації сечового міхура. Яке екстрене оперативне втручання повинно проводитись першим з означених?



- А. цистотомія
Б. пункція сечового міхура
В. високий розтин сечого міхура
Г. епіцистостомія
Д. циркумцизію
5. До чого підшивається слизова оболонка сечового міхура при утворенні постійної надлобкової фістули?
А. до парієтальної очеревини
Б. до внутрішньої фасції
В. до м'язів передньої стінки живота
Г. до країв білої лінії живота
Д. до країв рани шкіри
6. У хворого встановлений діагноз підшкірного парапроктиту. Який вид розтину застосовується для розкриття гнійника?
А. радіальний по відношенню до відхідника
Б. з боку просвіту прямої кишки
В. Z-подібний розтин на висоті інфільтрату, відступивши від відхідника 4-5 см
Г. через задню частину склепіння піхви
Д. надлобковий
7. У хворого встановлений діагноз підслизового парапроктиту. Який вид розтину застосовується для розкриття гнійника?
А. радіальний по відношенню до відхідника
Б. з боку просвіту прямої кишки
В. дугоподібний розтин на висоті інфільтрату, відступивши від відхідника 4-5 см
Г. через задню частину склепіння піхви
Д. надлобковий
8. Яка операція показана при порушенні трубної вагітності?
А. резекція труби і істмопластика
Б. видалення ушкодженої труби і яєчника
В. видалення ушкодженої труби, частини матки і яєчника
Г. перев'язка труби
Д. резекція матки з придатками
9. У хворого встановлений діагноз сіднично-прямокишкового парапроктиту. Який вид розтину застосовується для розкриття гнійника?
А. радіальний по відношенню до відхідника
Б. з боку просвіту прямої кишки
В. дугоподібний розтин на висоті інфільтрату, відступивши від відхідника 4-5 см



- Г. через задню частину склепіння піхви
- Д. надлобковий

10. У хворого діагностована параректальна нориця. При якому з означених видів ви користуєтесь розтин нориці?

- А. підшкірна неповна зовнішня
- Б. тазово-прямокишкова повна
- В. тазово-прямокишкова неповна зовнішня
- Г. тазово-прямокишкова неповна внутрішня
- Д. сіднично-прямокишкова неповна зовнішня

7. Література

Основна

1. Ковальський М.П. Оперативна хірургія та топографічна анатомія: підручник / Ахтемійчук Ю.Т., Вовк Ю.М., Дорошенко С.В., Кобзар О.Б., Ковальський М.П., Первак І.Л., Півторак В.І., Радомська Н.Ю., Радомський О.А., Пархоменко М.В., Хворостяна Т.Т. - К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 504 с. + кольор. вкл. 40 с.
2. Кульчицький К.І. Оперативна хірургія і топографічна анатомія / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський, М.С.Скрипников, С.А.Солорева, В.С.Щитов, Т.Т.Хворостяна, О.Б.Кобзар, О.М.Очкуренко, В.М.Бондур, В.Б.Раскалей. – К.: Вища школа, 1994. – 464 с.

Додаткова

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов / Э.К.Айламазян. - СПб.: СпецЛит, 2003. – 528 с.
2. Большаков О.П. Оперативная хирургия и топографическая анатомия : практикум / Большаков О.П., Семёнов Г.М. – СПб.: Питер. 2001.- 880 с.
3. Бурых М.П. Общие основы технологии хирургических операций / Бурых М.П. - Ростов н/Д., 1999. – 544 с.
4. Кованов В.В Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В.Кованов. – 3-е изд. с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
5. Лубоцкий Д.Н. Основы топографической анатомии / Д.Н.Лубоцкий. - М.: Медгиз, 1953. – 641 с.
6. Матюшин И.Ф. Руководство по оперативной хирургии / Матюшин И.Ф. – Горький, 1979.- 320 с.
7. Міжнародна анатомічна номенклатура / К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
8. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках / А.Н.Рыжих. - М.: Медучпособие, 1968. – 332 с.



9. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: В 2 т.т. / Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В., под общ.ред.акад. РАМН Ю.М.Лопухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД.,2001. – Т.1.- 832 с.
- 10.Татьяненко В.К. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. / Татьянаненко В.К., Овсянников А.В., Коган М.И., под редакцией В.К.Татьяненко. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. – 640 с.
- 11.Уиллис К.Р. Атлас оперативной гинекологии / К.Р.Уиллис. - М.: Медицинская литература, 2004. - 540с.
- 12.Шевкуненко В.Н. Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией/ И.С.Белозор, А.С.Вишневский, Ф.И.Валькер, А.М.Геселевич, П.А.Куприянов, Д.Н.Лубоцкий, Е.М.Маргорин, А.Ю.Созон-Ярошевич, М.А.Сресели, А.В.Цагарейшвили. - М.: Медгиз, 1947. – 567 с.