



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

..

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

д.м.н., проф. _____ Михин И.В.

«18» июня 2018

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ
к клиническим практическим занятиям по дисциплине
«Госпитальная хирургия»**

Составитель:

Доцент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

к. м. н. О.А. Косивцов

Разработал _____ / Косивцов О.А. /

Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.



Тематический план клинических практических занятий дисциплины «Госпитальная хирургия».

№	Тематические блоки	Объем занятий, ак. часы
1.	Курация больных. История болезни (часть 1)	2
	Курация больных. История болезни (часть 2)	1
2.	Постхолецистэктомический синдром (часть 1)	2
	Постхолецистэктомический синдром (часть 2)	2
3.	Механическая желтуха (часть 1)	2
	Механическая желтуха (часть 2)	2
4.	Портальная гипертензия (часть 1)	2
	Портальная гипертензия (часть 2)	2
5.	Тупые травмы живота (часть 1)	2
	Тупые травмы живота (часть 2)	2
6.	Заболевания толстой кишки (часть 1)	2
	Заболевания толстой кишки (часть 2)	2
7.	Заболевания прямой кишки (часть 1)	2
	Заболевания прямой кишки (часть 2)	1
8.	Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний брюшной полости (часть 1)	2
	Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний брюшной полости (часть 2)	2
9.	Рак поджелудочной железы (часть 1)	2
	Рак поджелудочной железы (часть 2)	1
10.	Хронический панкреатит (часть 1)	2
	Хронический панкреатит (часть 2)	2
11.	Хирургические заболевания надпочечников (часть 1)	2
	Хирургические заболевания надпочечников (часть 2)	2
12.	Паразитарные заболевания (часть 1)	2
	Паразитарные заболевания	1
13.	Пороки сердца (часть 1)	2
	Пороки сердца (часть 2)	1
14.	Зачетное занятие (часть 1)	2
	Зачетное занятие (часть 2)	1
	Итого	51



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Курация больных. История болезни (часть 1)


Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Схема истории болезни хирургического больного.
2. Значение каждого раздела схемы для установления диагноза заболевания.
3. Паспортной части истории болезни.
4. Жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.
5. Роль анамнеза заболевания в процессе установления характера патологического процесса.
6. Исследование больного по органам и системам, местного статуса – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.
7. Дифференциальная диагностика, порядок проведения.
8. Алгоритм ведения и лечения больных.

Целевая установка:

1. Разобрать схему истории болезни хирургического больного.
2. Разобрать значение каждого раздела схемы для установления диагноза заболевания.
3. Научить заполнять паспортную часть истории болезни.
4. Научить собирать жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	+
--	---	--	---

5. Научить собирать анамнез заболевания для установления характера патологического процесса.

6. Научить обследовать больного по органам и системам и местный статус – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

7. Научить дифференциальной диагностике, правилам проведения.

8. Научить составлять алгоритм ведения и лечения больных.

Формируемые понятия:

1. Знать схему истории болезни хирургического больного.

2. Знать значение каждого раздела схемы для установления диагноза заболевания.

3. Уметь заполнять паспортную часть истории болезни.

4. Уметь собирать жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.

5. Уметь собирать анамнез заболевания для установления характера патологического процесса.

6. Уметь обследовать больного по органам и системам и местный статус – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

7. Уметь проводить дифференциальной диагностике.

8. Уметь составлять план обследования и лечения больного.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

История болезни – это юридический документ, с которым на протяжении всей трудовой деятельности сталкивается врач. Знание правил заполнения истории болезни, последовательности обследования больного помогает правильно поставить диагноз и назначить оптимальное лечение.

Блок информации.

Необходимо уточнить определение понятия.

Традиционно история болезни состоит из нескольких частей, каждая из которых имеет свое значение.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

-5-

В паспортные данные следует включать следующие разделы:

Ф.И.О.

Дата и время поступления

Дата выписки

Пол

Возраст

Профессия и место работы

Место жительства

Диагноз при поступлении

Клинический диагноз

Диагноз при выписке (заключительный диагноз)

Дата и название операции

Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение),
реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе


Жалобы

Жалобы больного при поступлении включают основные, связанные с данным заболеванием и второстепенные, связанные с сопутствующей патологией. Кроме того, необходимо учитывать и указывать их полную и развернутую характеристику.

Например, боль. Следует указать: локализацию, характер (тупая, ноющая, колющая), интенсивность, иррадиацию, время появления, продолжительность, обстоятельства появления, связь с провоцирующими и облегчающими факторами.

Пример: жалобы на острые, приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое надплечье, в течение 6 часов, после приема жирной пищи, не купирующиеся но-шпой, повышение АД до 150 мм. рт. ст., наличие варикозного расширения вен нижних конечностей.

Анамнез заболевания

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-6-
---	--	--	-----

В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность.

При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Анамнез жизни

Излагается по следующей схеме:

Общие биографические данные по периодам жизни (младенчество, детство, зрелый возраст). Перенесенные ранее заболевания: детские болезни (перенесенные инфекции), болезни взрослого периода, включая: нервные, психические, острозаразные. Обязательно следует отметить, были или нет: туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет.

Указать предшествующие операции и травмы. Для женщин обязателен гинекологический анамнез (количество беременностей, родов, менструальный цикл, его регулярность, время последней менструации, время наступления менопаузы).


Аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов, если есть то проявления аллергии, с обязательным перечислением препаратов). Анамнез ВТЭ (был или не был на больничном листе в течение 12 последних месяцев, какое время, по какому заболеванию, инвалидность).

Гемотрансфузионный анамнез (были или нет переливания крови, когда, по какому поводу).

Семейный анамнез

Условия быта и труда

Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков)

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-7-
---	--	--	-----

Наследственность.

Данные объективного обследования

Общие данные включают: общее состояние, положение и двигательную активность больного, телосложение, массу тела, рост, степень половой зрелости, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки, пальпацию лимфоузлов (подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые), состояние мышечной, костно-суставной системы, включая сколиоз. Дифференциальный диагноз
 Необходимость проведения дифференциального диагноза упоминалась выше.

Дневник

Обязателен ежедневный осмотр больного, с оценкой общего состояния, измерением пульса, температуры, давления, оценкой всех систем организма и особенно локального статуса.


Тема отрабатывается в учебной комнате. Имеющиеся наглядные пособия должны способствовать закреплению тех знаний, которые студенты получили в процессе подготовки к занятию. Преподавателю необходимо подробно разобрать схемы классификации, рисунки, демонстрируемые с помощью плакатов, видеоаппаратуры. После завершения работы в учебной комнате и получения инструкций занятие продолжается в хирургическом отделении, где студент общается с пациентом.

В заключение преподаватель отвечает на вопросы студентов по теме занятия. Дает задание на следующее занятие.

После занятия студент должен знать: методы обследования пациентов, правила осмотра и опроса, правила оформления медицинской документации.

По окончании занятия студент должен уметь: опрашивать и осматривать пациента, оформлять медицинскую документацию.

Для облегчения систематизации работы с пациентом разработана схема истории болезни. Прилагается.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-
--	--	--	---

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
 Волгоградский государственный медицинский университет


В результате изучения хирургических болезней студент должен уметь:

- провести расспрос больного или его родственников с целью получения информации о заболевании, установить в типичных случаях причины его возникновения;
- провести физическое обследование больного (осмотр, осмотр больного per rectum, перкуссия, пальпация, аускультация, и др.), выявить объективные признаки заболевания;
- составить план дополнительного лабораторного и инструментального исследования больного;
- самостоятельно выявить основные клинические патологические синдромы;
- установить клинический диагноз наиболее распространенных хирургических заболеваний, обосновать диагноз;
- уметь проанализировать данные лабораторно-инструментальных обследований (общий анализ крови, мочи, кала, биохимические анализы, электролитные показатели крови, коагулограмма, УЗИ, рентгенография и др.);
- уметь изложить результаты обследования в виде истории болезни с обоснованием диагноза, составлением плана обследования и лечения больного, уметь оформить выписной эпикриз.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Общие сведения о больном

Фамилия, имя, отчество

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-9-
---	--	--	-----

Дата рождения, возраст

Место работы, должность

Дата и время поступления в приемный покой, в отделение.

2. Жалобы больного

Жалобы при опросе больного разделяются на основные, связанные с основным заболеванием (например, боли высокой интенсивности в правом подреберье при остром холецистите, дизурия при почечной колике), и жалобы, связанные с сопутствующим заболеванием. Опрос проводится активно, с детализацией каждой жалобы, в том числе и со стороны других органов и систем. При написании истории болезни необходимо разделить жалобы на момент поступления и на момент курации больного.

3. История настоящего заболевания

Описание заболевания начинается с момента появления первых симптомов и заканчивается началом курации. Когда, где и при каких обстоятельствах заболел.

3.2. С чем больной связывает свое заболевание: психические травмы, физическое или умственное переутомление, интоксикация, переохлаждение и др.

3.3. Описать динамику начальных симптомов заболевания, появление новых и их развитие до момента настоящего обследования больного.

3.4. Момент первого обращения к врачу, характер проводимого лечения, его эффект.

3.5. Отразить в анамнезе известные больному результаты проводившихся ему лабораторных и инструментальных исследований.

4. История жизни больного.

4.1. Место рождения, сведения о семье, развитии в раннем детстве, начале учебы, образования, времени начала трудовой деятельности, дальнейший трудовой анамнез.



4.2. Условия труда, режим труда, гигиенические условия.

4.3. Жилищные условия.

4.4. Характер питания в прошлом и настоящем (регулярность, злоупотребление какими-либо видами пищи).

4.5. Половая жизнь, возраст, начало менструаций, их регулярность и продолжительность, количество беременностей, родов, абортов, при менопаузе - возраст.

4.6. Перенесенные заболевания, операции, ранения, контузии.

4.7. Семейный анамнез. Состояние здоровья или причины смерти родителей и других ближайших родственников. Особое внимание обратить на туберкулез, злокачественные новообразования, заболевания сердечно-сосудистой системы, сифилис, психические заболевания, заболевания нарушений обмена веществ.

4.8. Привычные интоксикации, употребление спиртных напитков, курение, употребление наркотиков.

4.9. Переносимость лекарственных препаратов.

4.10 Лечение кортикостероидными препаратами, причины их применения, дозы, длительность приема, переносимость, когда был последний курс.

4.11 Гемотрансфузии (причины назначения, количество, переносимость).

4.12 Эпидемиологический анамнез.

4.13 Аллергологический анамнез.

4.14 При подозрении на профессиональное заболевание собирается профессиональный анамнез.


5. Данные физического обследования.

5.1. Настоящее состояние больного. Общий осмотр.

5.1.1. Общее состояние больного: удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агонирующее.

5.1.2. Состояние сознания: ясное, помраченное, ступор, сопор, кома.

5.1.3. Состояние психики: апатия, возбуждение, подавленность и др.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-1-</p>
--	---	--	------------

5.1.4. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

5.1.5. Выражение лица: спокойное, возбужденное, безразличное маскообразное, страдальческое, тоскливое и др.

5.1.6. Телосложение: правильное, неправильное (какое именно).

5.1.7. Конституция: нормо-, гиперстеник, астеник.

5.1.8. Рост, вес.

5.1.9. Степень питания: хорошая, повышенная, пониженная, кахексия.

5.1.10 Кожные покровы: цвет (бледно-розовый, смуглый, красный, бледный, цианотичный, землистый, бурый, бронзовый, желтушный и др.), депигментация кожи, наличие сыпи и ее характер, геморрагические явления, наличие рубцов, влажность, эластичность, тургор.

5.1.11 Подкожная жировая клетчатка: степень развития (чрезмерная, умеренная, слабая).

5.1.12 Развитие волосяного покрова: на голове, лице, в подмышечных впадинах, на лобке (по мужскому или женскому типу). Выпадение волос (указать где), чрезмерное развитие волос.

5.1.13 Ногти: форма, окраска, продольная и поперечная исчерченность, ломкость.

5.1.14 Видимые слизистые: цвет, наличие высыпаний и др.

5.1.15 Лимфатические узлы: размер, форма, консистенция, поверхность, спаянность с кожей и подлежащей клетчаткой, подвижность, болезненность, состояние кожи над ними.

5.1.16. Состояние мышц: степень развития мускулатуры, тонус, сила мышц, болезненность при ощупывании, наличие уплотнений в мышцах.

5.1.17 Костная система: деформация костей, форма черепа, болезненность костей при надавливании, стопы (нормальные, утолщенные, плоские) и др.

5.1.18 Изменения суставов: конфигурация, припухлость, гиперемия, наличие шумов при движении, объем движений активных, пассивных, затруднение



движения (с чем связано - болезненность, наличие контрактур, деформаций), ощупывание суставов (изменение местной температуры, болезненность, состояние кожных покровов над суставами).

5.1.19 Форма позвоночника: степень подвижности в различных отделах, болезненность, искривление позвоночника (физиологическое, патологическое), нарушение походки.

5.2 Система дыхания.

5.2.1. Состояние верхних, дыхательных путей.

5.2.1.1. Нос: затрудненность дыхания, выделения из носа (их характер), болевые ощущения.

5.2.1.2. Придаточные пазухи носа: болезненность при пальпации.

5.2.1.3. Гортань: охриплость голоса, расположение.

5.2.2. Осмотр и пальпация грудной клетки.

5.2.2.1. Форма грудной клетки: нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), патологические изменения (воронкообразная, паралитическая, бочкообразная). Характеристика эпигастрального угла.

5.2.2.2. Асимметрия грудной клетки.

5.2.2.3. Ширина межреберных промежутков. Направление ребер (обычное, ближе к вертикальному или горизонтальному).

5.2.2.4. Положение лопаток (плотность прилегания, отставание симметричность).

5.2.2.5. Характеристика дыхания: тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный; глубина и ритм: поверхностное, глубокое, ритмичное, аритмичное (Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота). число дыханий в минуту, равномерность движения грудной клетки при дыхании: равномерное, отставание той или иной половины грудной клетки.

5.2.2.6. Одышка и ее тип: экспираторная, инспираторная, смешанная.

5.2.2.7. Болезненность и резистентность грудной клетки при пальпации.



5.2.2.8. Определение голосового дрожания и трения плевры на ощупь.

5.2.2.9. Определение степени экскурсии легких (окружность грудной клетки при спокойном движении, на максимальном вдохе и выдохе).

5.2.3. Перкуссия легких.

5.2.3.1. Данные сравнительной перкуссии: отметить характер перкуторного звука над различными областями грудной клетки.

5.2.3.2. Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких спереди и сзади, определение ширины полей Кренига, определение нижних границ легких по всем общепринятым линиям, подвижность нижних легочных краев в сантиметрах по средне – ключичной и лопаточной линиям, при наличии зоны измененного перкуторного звука, указать расположение, размеры, форму.

5.2.4. Аускультация легких.

5.2.4.1. Характер основных дыхательных шумов над всей поверхностью легких: нормальное везикулярное или патологическое (жесткое, бронхиальное, ослабленное и др.) дыхание.

5.2.4.2. Побочные дыхательные шумы: их локализация, характер. Изменение после кашля. При указании на хрипы, отметить их звучность и калибр (для влажных хрипов), тембр на вдохе и выдохе (для сухих хрипов). Звучность крепитации (звучная, тихая).


5.2.4.3. Выслушивание шепотной речи на симметричных участках грудной клетки (бронхофония).

5.3. Система кровообращения.

5.3.1. Исследование артерий и шейных вен:

- видимая пульсация артерий: височных, сонных, в яремной ямке, артерий конечностей. Симптом "червячка";

- состояние шейных вен набухание и видимая пульсация. Характеристика венозного пульса: не выражен, положительный, отрицательный;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	-14-
--	---	--	------

- пальпаторное исследование артерий (сравнение пульсации с двух сторон, уплотнение стенки, извилистость). Артериальный пульс на лучевых артериях: сравнение пульса на обеих лучевых артериях, ритм, частота, наличие дефицита пульса (чему он равен), наполнение, напряжение, величина, форма, капиллярный пульс; аускультативное исследование артерий: выслушивание сонных, бедренных артерий и яремных вен (волчкообразный шум, тон Траубе, Виноградова- Дюрозье); измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях.

5.3.2. Осмотр и ощупывание сердечной области:

- отметить наличие видимой пульсации в области сердца, выпячивание области сердца - сердечного горба,

- характеристика верхушечного толчка: его местоположение, характер, площадь, высота, сила, форма, смещаемость,

- наличие "кошачьего мурлыканья".

5.3.3. Перкуторное определение относительной и абсолютной тупости сердца.

5.3.4. Ширина сосудистого пучка.

5.3.5. Аускультация сердца: тоны сердца - частота, количество. Их характеристика: громкость (ослабление, усиление, пушечный тон Стражеско и т.д.), ритмичность. Расщепление или раздвоение тонов.

- Шумы сердца: отношение к фазам сердечной деятельности, громкость, места наилучшего выслушивания, тембр, проведение, продолжительность.

- Шум трения перикарда.


5.4. Система пищеварения.

5.4.1. Осмотр полости рта.

- величина, окраска, влажность; наличие налета на языке, трещины. Выраженность сосочкового слоя. Запах изо рта;

- зубы - зубная формула, наличие кариозных изменений, пародонтоза;

- состояние десен - окраска, наличие язв, геморрагии, болезненности и др.;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	-15-
---	---	--	------

- мягкое и твердое небо - окраска, наличие желтухи, геморрагии;
- величина, цвет, консистенция миндалин, состояние лакун, зева, задней стенки глотки.

5.4.2. Исследование живота.

5.4.2.1. Осмотр - производится в горизонтальном положении. Необходимо отметить: конфигурацию живота, состояние средней линии, пупка, участие брюшной стенки в дыхании, наличие рубцов, расширенных подкожных вен.

5.4.2.2. Перкуторное исследование живота: наличие свободной жидкости, шум плеска.

5.4.2.3. Ориентировочная поверхностная пальпация: наличие болезненности, степень напряжения брюшной стенки, гиперестезии, наличие грыж живота.

5.4.2.4. Глубокая пальпация живота:

- пальпация кишечника выполняется против хода кишечного содержимого от сигмовидной кишки. Отмечается локализация, форма, толщина, подвижность, болезненность, консистенция, поверхность различных отделов кишечника, урчание;

- пальпация желудка: большой и малой кривизны, привратника;

- пальпация печени: видимое увеличение размеров печени. Характеристика поверхности, свойства края, болезненность;


- пальпация желчного пузыря, прощупываемость, болезненность, симптом Кера, Ортнера, Мерфи, Курвуазье;

- пальпация селезенки: прощупываемость в положении на спине и правом боку, свойства края, болезненность, консистенция, поверхность.

5.4.2.5. Перкуторное определение границ печени: верхней и нижней, размеры печени по Курлову. Перкуторное определение поперечных и продольных размеров селезенки.

5.4.2.6. Аускультация перистальтики кишечника, шум трения брюшины.

5.5. Эндокринная система.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-16-
---	--	--	------

5.6.1. Осмотр и пальпация щитовидной железы: величина, консистенция, болезненность, подвижность.

5.6.2. Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага и др.).

5.6.3. Развитие первичных и вторичных, половых признаков. Состояние молочных желез у женщин.

5.6.4. Нарушение роста, телосложения, пропорциональности.

5.6.5. Состояние кожи, ожирение, исхудание.

5.6. Мочевыделительная система.

5.5.1. Осмотр поясничной области: наличие выбуханий, сглаживание контуров и т.д.

5.5.2. Пальпация почек (стоя и лежа): болезненность, форма, локализация, поверхность, подвижность.

5.5.3. Болезненность при поколачивании поясничной области и области сзади (симптом Пастернацкого).

5.5.4. Пальпация и перкуссия мочевого пузыря.

6. Оценка данных анамнеза и объективного исследования.

6.1 Оценка результатов расспроса и объективного исследования больного проводится с целью выделить ведущие симптомы и синдромы в клинике данного больного. Для этого:

- выявляются и группируются по общности жалобы и симптомы больного, свидетельствующие о поражении той или иной системы организма,

- выявляются в анамнезе сведения, подтверждающие особенности и характер течения заболевания,

- определяются данные объективного исследования, подтверждающие выделенные симптомы и синдромы по жалобам больных.

6.2. Наметить план дальнейшего обследования больного.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся



Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Преподаватель _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО больного _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Диагноз основной _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

Куратор:

Студент __ курса __ группы



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

-19-

_____ факультета

Сроки курации

С «__» _____ 20__ г

По «__» _____ 20__ г

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (наименование препарата, характер непереносимости) _____

Дата рождения _____ Возраст ____ лет

Постоянное место жительства _____

Место работы, профессия, должность (для учащихся – место учебы)



Кем направлен больной _____

Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через ____ часов от начала заболевания или получения травмы, госпитализирован в плановом порядке

В данном году госпитализирован впервые, повторно (подчеркнуть)

Диагноз основной _____

Осложнения основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент поступления жаловался на



На момент курации жалуется на

3. История настоящего заболевания (ANAMNESIS MORBI)

4.История жизни (ANAMNESIS VITAE)

Место рождения, сведения о семье, развитии в раннем детстве, начале учебы, образования, времени начала трудовой деятельности, дальнейший трудовой анамнез.

Условия труда, режим труда, гигиенические условия



Жилищные условия

Характер питания в прошлом и настоящем (регулярность, злоупотребление какими-либо видами пищи, употребление воды, объем выпиваемой за сутки жидкости, употребление минеральной воды)

Половая жизнь, возраст, начало менструаций, регулярность, количество беременностей, родов, аборт, длительность менопаузы; для мужчин - количество браков, половая жизнь, количество детей, желание иметь детей в будущем.

Перенесенные заболевания, операции, ранения, контузии. Где и чем лечился. Был ли эффект.



Состояние здоровья или причины смерти родителей и других ближайших родственников.

Привычные интоксикации, употребление спиртных напитков, употребление наркотиков.

Переносимость лекарственных средств

Лечение кортикостероидными препаратами, причины их применения, дозы, длительность приема, переносимость.

Гемотрансфузии (причины назначения, количество, переносимость)

Эпидемиологический анамнез

За пределы области за последние 3 мес __ выезжал (а), куда, продолжительность



_____ В страны дальнего зарубежья последние 3 года __ выезжал (а), куда, продолжительность,

_____ Малярией __ болел (а), в контакте с инфекционными больными ____ был (а)

_____ Больной донором __ является, переливаний крови в течение последних трех месяцев __ было _____

_____ К группе риска __ относится.

_____ Домашние животные _____

_____ Проживает в _____, водоснабжение _____

_____ Аллергологический анамнез _____

5. Status praesens (настоящее состояние больного)

5.1. общий осмотр

5.1.1. Общее состояние больного: _____

5.1.2. Состояние сознания: _____

5.1.3. Состояние психики: _____

5.1.4. Положение больного: _____

5.1.5. Выражение лица: _____

5.1.6. Телосложение: _____

5.1.7. Рост _____ см, Вес _____ кг, ИМТ _____, t тела _____ С



5.1.8. Степень питания: _____

5.1.9. Кожные покровы: цвет _____

Пигментация кожи _____, наличие сыпи, ее характер отеки _____, геморрагические явления,

_____ , наличие рубцов, _____

_____ влажности, _____ эластичности

Тургор кожи _____

5.1.10. Подкожная жировая клетчатка: развита _____, распределена _____

5.1.11. Развитие волосяного покрова _____

5.1.12. Ногти _____ формы, _____ окраски

5.1.13. видимые слизистые _____

5.1.14. Лимфатические узлы _____

5.1.15. Состояние мышц _____

5.1.16. Костная система _____



5.1.17. Изменения суставов: конфигурация _____

Гиперемия _____, болезненность _____

Кожа над суставами _____

5.1.18. Форма позвоночника: болезненность при пальпации

_____искривление
позвоночника _____

5.2. Система дыхания

5.2.1. Носовое дыхание __ затруднено _____

Выделения из носа _____, крылья носа в дыхании __ участвуют

5.2.2. Пальпация придаточных пазух ____ болезненна

5.2.3. Гортань: охриплость голоса _____

5.2.4. Грудная клетка:

Форма грудной клетки _____, эпигастральный угол __ градусов,

Грудная клетка__ симметрична, межреберные промежутки _____ расширены, положение лопаток _____, _____ симметричное,

5.2.5. Характеристика дыхания:

Тип дыхания _____, глубина и ритм _____

Число дыханий _____ в минуту, одышка _____

Грудная клетка при пальпации ____ болезненна в _____

Голосовое дрожание _____

Экursionsия грудной клетки _____ см, ВДОХ _____ см, ВЫДОХ _____ см.

5.2.6. Перкуссия:

Высота стояния верхушек легких спереди: правое: _____

_____ левое: _____



Определение нижних границ легких:

Линия	Правое легкое	Левое легкое
Среднеключичная		
Средняя подмышечная		
Лопаточная		

Подвижность нижних легочных краев:

Линия	Правое легкое	Левое легкое
Среднеключичная	см	см
Лопаточная	см	см

5.2.7. Аускультация легких:

Дыхание в легких

_____ хрипы _____ бронхофония

5.3. Система кровообращения

5.3.1. Видимая пульсация вен шеи _____

Венный пульс __ выражен, характеристика пульса __ ударов в минуту

_____ Артериальное давление на правой руке
_____/_____, на левой - _____/_____ мм. рт.ст.

5.3.2. Верхушечный толчок

5.3.3. Границы относительной тупости сердца

Правая в _____ межреберье на _____ см от правого края грудины

Левая в _____ межреберье на _____ см _____ от левой среднеключичной линии.



5.3.4. Аускультация сердца: Частота сердечных сокращений ___ в мин,
Дефицит пульса _____, сердечные тоны ___ ритмичные

5.4. Система пищеварения

5.4.1. Осмотр полости рта: язык, ___ покрыт _____ налетом
Зубы. _____ формы, зубная формула _____

5.4.2. Исследование живота.

Живот _____ формы, _____ увеличен за счет _____

_____ вздут, в акте дыхания _____ участвует, расширение венозной сети
передней брюшной стенки _____ выявлено в _____

Грыжевые выпячивания _____ выявлены в _____

Рубцы ___ имеются в _____ после

Пальпация живота

Перкуссия

Печень



Селезенка _____

Аускультация живота _____

5.4.3. Стул

5.5. Эндокринная система

5.5.1. При пальпации щитовидная железа _____ увеличена до зоба ____ ст по ВОЗ за счет _____

_____ болезненна _____, _____ подвижна при глотании

5.5.2. Глазные симптомы: Грефе _____, Мебиуса _____

Штельвага _____

5.5.3. Развитие первичных и вторичных половых признаков

Состояние молочных желез у женщин

5.6. Мочевыделительная система

5.6.1. Поясничная область при осмотре ____ симметрична за счет _____

Припухлость _____

Гиперемия кожных покровов поясничной области _____

В поясничной области _____ имеется _____

послеоперационный рубец длиной ____ см после _____



5.6.2. При пальпации области почек лежа

Стоя

Симптом поколачивания по поясничной области справа _____, слева _____

5.6.3. При осмотре области мочевого пузыря над лоном __ выявлены

5.6.4. Самостоятельное мочеиспускание _____

5.6.5. Наружные половые органы у мужчин.

Яички расположены _____, при осмотре в вертикальном положении расширение вен семенного канатика _____

Пальпация органов мошонки ____ болезненна _____

При осмотре полового члена искривление _____

Сужение наружного отверстия крайней плоти _____

5.6.6. Предстательная железа.

При осмотре **per rectum**: При осмотре перианальной области _____



Тонус сфинктера сохранен, в ампуле прямой кишки опухолевидные образования _____, нависание стенок прямой кишки _____, исследование ___ болезненно.

Предстательная железа в поперечнике _____ см, в продольном направлении _____ см, междолевая борозда _____

Контуры _____ сглажены, железа _____ консистенции, _____ болезненная при пальпации, очаги уплотнения

участки размягчения _____

На перчатке следы кала _____ цвета.

6. Диагноз.

7. План обследования

8. План лечения



9. Лабораторное, инструментальное обследование

10. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание

Осложнение основного

Сопутствующие заболевания

11. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



13. ЛЕЧЕНИЕ

14. ДНЕВНИКИ

Дата «__»_____200_г. Время 9.40

Подпись _____

Дата «__»_____200_г. Время 9.40

Подпись _____

15. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

-34-

_____, ____ лет, находился (лась)
на стационарном лечении в хирургическом отделении с «__» _____ 200__ г по
«__» _____ 200__ года с диагнозом:

При обследовании:

Лечение:

Выписывается на амбулаторное лечение у

_____ поликлиники с улучшением (выздоровлением), яв-
ка к хирургу поликлиники «__» _____ 20__ г.

Листок нетрудоспособности № _____ «__» _____ 20__ г. по

«__» _____ 20__ г, продолжает болеть. (закрытый, к работе с «__»
_____ 20__ г.)



Рекомендовано:

Подпись _____


Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Хирургические болезни [Текст] : учебник для студентов медвузов, обучающихся по направлению подготовки "Леч. дело", по дисциплине "Хирург. болезни" / М.И. Кузин [и др.] ; под ред. М.И. Кузина; Минобрнауки РФ. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 991, [1] с. : ил.
2. Хирургические болезни [Электронный ресурс] / Кириенко А.И., Шулуток А.М., Семиков В.И. и др. . - М. , 2011 . - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 608 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Подкаменев В.В. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Гостищев В. К. Общая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Гостищев В. К. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
2. Ковалев А. И. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ковалев А. И. - М. , 2013 . - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Красильникова И. М. Неотложная доврачебная медицинская помощь

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-36-
--	--	--	------

[Электронный ресурс] : учеб. пособие / Красильникова И. М., Моисеева Е. Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 187, [5] с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

4. Кухтенко Ю. В. Диффузный токсический зоб [Текст] : учеб. пособие, для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Кухтенко Ю. В., Косивцов В. А. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. - 73, [1] с. : ил.

5. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>


6. Михин И. В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060105 - Медико-профилакт. дело, 060201 - Стоматология / Михин И. В., Кухтенко Ю. В. ; ВолгГМУ Минздрава Р. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 68, [4] с. : ил.

7. Михин И. В. Десмургия [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профилакт. дело / Михин И. В., Голуб В.А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ . - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012 . - 96 с. : ил.

8. Михин И. В. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 "Леч. дело" ; 060103 "Педиатрия" ; 060105 "Стоматология" ; 060104 "Мед.-профилакт. дело" / Михин И. В., Голуб В. А. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 86 с. : ил.

9. Михин И. В. Интервенционные методы диагностики осложнений желчнокаменной болезни [Текст] : учеб. пособие для спец.: 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Михин И. В., Косивцов О. А. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 78, [2] с. : ил.

10. Михин И. В. Ожоги и отморожения [Текст] : учеб. пособие для спец. :

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-37-
--	--	--	------

060101 "Леч. дело", 060103 "Педиатрия", 060105 "Стоматология", 060104 "Мед.-профилакт. дело" / Михин И. В., Кухтенко Ю. В. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 88 с. : ил.

11. Михин И. В. Остеомиелит [Текст] : учеб. пособие, для спец. 060101 - Лечебное дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Медико-профилактическое дело / Михин И. В., Бубликов А. Е. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 82, [2] с. : ил.

12. Михин И. В. Острый аппендицит [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Лечебное дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Медико-профилактическое дело / Михин И. В., Бубликов А. Е. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 68, [4] с. : ил.

13. Михин И. В. Пиелонефрит: клиника, диагностика, хирургическое лечение [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профилакт. дело / Михин И. В., Бубликов А. Е. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 84 с. : ил.

14. Михин И. В. Послеоперационные вентральные грыжи [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Михин И. В., Кухтенко Ю. В. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 75, [1] с. : ил.

15. Михин И. В. Рак и гормонально-активные опухоли поджелудочной железы [Текст] : учеб. пособие для спец.: 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Михин И. В., Кухтенко Ю. В. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 82, [2] с. : ил.

16. Михин И. В. Хирургические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] : учеб. пособие для спец. : 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Михин И. В., Голуб В. А. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 80 с. : ил.



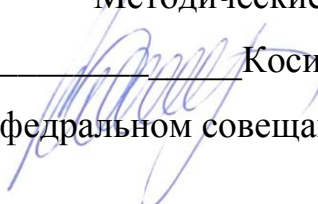
17. Урология [Электронный ресурс] : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по спец. 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Урология" / Али Х. М., Аляев Ю. Г., Акопян Г. Н. и др. ; под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева ; Минобрнауки РФ . - 3-е изд., перераб. и доп. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2014 . - 618, [6] с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

Вопросы для самоконтроля:

1. Разделы истории болезни.
2. Правила сбора жалоб больных.
3. Составные части анамнеза заболевания и жизни.
4. Объективное обследование больных.
5. Дополнительные методы обследования.
6. Понятие «клинический диагноз».
7. План обследования больного.
8. Правила проведения дифференциальной диагностики заболеваний у пациента.
9. План лечения больного.



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Курация больных. История болезни (часть 2).

Количество часов –1.

Основные вопросы для изучения:

9. Жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.
10. Роль анамнеза заболевания в процессе установления характера патологического процесса.
11. Исследование больного по органам и системам, местного статуса – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.
12. Дифференциальная диагностика, порядок проведения.
13. Алгоритм ведения и лечения больных.

Целевая установка:

9. Разобрать схему истории болезни хирургического больного.
10. Разобрать значение каждого раздела схемы для установления диагноза заболевания.
11. Научить заполнять паспортную часть истории болезни.
12. Научить собирать жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.
13. Научить собирать анамнез заболевания для установления характера патологического процесса.



14. Научить обследовать больного по органам и системам и местный статус – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

15. Научить дифференциальной диагностике, правилам проведения.

16. Научить составлять алгоритм ведения и лечения больных.

Формируемые понятия:

9. Знать схему истории болезни хирургического больного.

10. Знать значение каждого раздела схемы для установления диагноза заболевания.

11. Уметь заполнять паспортную часть истории болезни.

12. Уметь собирать жалобы больного для установления места локализации патологического процесса.

13. Уметь собирать анамнез заболевания для установления характера патологического процесса.

14. Уметь обследовать больного по органам и системам и местный статус – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

15. Уметь провести дифференциальной диагностике.

16. Уметь составлять план обследования и лечения больного.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

История болезни – это юридический документ, с которым на протяжении всей трудовой деятельности сталкивается врач. Знание правил заполнения истории болезни, последовательности обследования больного помогает правильно поставить диагноз и назначить оптимальное лечение.

Вопросы для самоконтроля:

10. Объективное обследование больных.

11. Дополнительные методы обследования.

12. Понятие «клинический диагноз».

13. План обследования больного.



14. Правила проведения дифференциальной диагностики заболеваний у пациента.
15. План лечения больного.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Постхолецистэктомический синдром (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Осложнения операций на желчевыводящих путях.
2. Классификация ПХЭС.
3. Этиология механической желтухи при ПХЭС.
4. Патогенетические и патанатомические изменения в организме при ПХЭС
5. Современная классификация ПХЭС.
6. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика при механической желтухе.
7. Дифференциальная диагностика ПХЭС.
8. Тактика ведения больных с ПХЭС
9. Консервативное и оперативное лечение больных ПХЭС

Целевая установка:

1. Разобрать метаболизм билирубина в организме.
2. Разобрать классификацию ПХЭС.
3. Разобрать этиологию ПХЭС
4. Разобрать патогенез и патанатомию при ПХЭС
5. Разобрать современную классификацию механической желтухи.



6. Научить диагностировать клинические проявления ПХЭС
7. Научить дифференциальной диагностике ПХЭС
8. Разобрать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Формируемые понятия:


1. Знать метаболизм билирубина в организме.
2. Знать этиологию ПХЭС
3. Знать патогенез и патанатомические изменения в организме ПХЭС
4. Знать классификацию ПХЭС.
5. Уметь отдифференцировать причины ПХЭС.
6. Знать современные способы диагностики механической желтухи.
7. Знать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Холецистэктомия – одна из самых распространенных операций в желчной хирургии. Желтухой называют окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер в желтый цвет вследствие накопления в тканях билирубина, уровень которого в крови при этом повышается. Желтуха является клиническим синдромом, характерным для ряда заболеваний внутренних органов. Знание причин, механизмов развития, клиники механической желтухи позволяет своевременно провести диагностику желтух и выработать алгоритм современного лечения больных.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной аттестации:

1. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.
2. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, эндоскопическое и хирургическое лечение механической желтухи.
3. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение ПХЭС.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-43-
---	--	--	------

4. Дифференциальная диагностика желтух, способы хирургического лечения механической желтухи.

5. Место эндоскопических методов исследования в дифференциальной диагностике желтух.

Блок информации.

Постхолецистэктомический синдром – это функциональное (при котором страдает функция органа) изменение работы желчевыделительной системы после проведения холецистэктомии (удаления желчного пузыря) или иной операции на желчных путях преимущественно по поводу желчнокаменной болезни (образования камней в желчном пузыре). В первую очередь развивается нарушение моторики (двигательной активности) сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей ток желчи) и двигательной функции 12-перстной кишки, что и является истинным постхолецистэктомическим синдромом.

Симптомы постхолецистэктомического синдрома

Рецидивирующие (повторяющиеся) приступы сильных или умеренных болей продолжительностью 20 и более минут, повторяющиеся в течение 3 и более месяцев

Боли, возникающие при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС), можно разделить на:

желчные — при изолированном нарушении функции сфинктера (кольцевидной мышцы) холедоха (общего желчного протока), которые локализуются (располагаются) в верхней части живота или правом подреберье с распространением в спину и правую лопатку;

панкреатические — при преимущественном вовлечении в процесс сфинктера панкреатического протока, возникающие в левом подреберье с распространением в спину и уменьшающиеся при наклоне вперед;

сочетанные желчно-панкреатические боли (при нарушении функции общего сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей ток желчи)) — имеют



опоясывающий характер (боль возникает в виде пояса вокруг верхнего отдела живота).

Боль может:

- начинаться после приема пищи;
- появляться в ночные часы;
- сочетаться с умеренной тошнотой и/или однократной рвотой.

Секреторная диарея (частый жидкий стул) — связана со слишком быстрым прохождением желчных кислот (без задержки в желчном пузыре) и ранней стимуляцией кишечных пищеварительных соков.

Диспептические (пищеварительные) явления. При их появлении можно сделать вывод о возникновении синдрома избыточного бактериального роста (СИБР — патологического (ненормального) избыточного роста патогенной (болезнетворной) микрофлоры кишечника как следствия снижения иммунитета или выполненной операции):

метеоризм — повышенное газообразование; урчание в животе; вздутие живота; периодическая диарея.

Нарушение нормального всасывания в 12-перстной кишке приводит к синдрому мальабсорбции (нарушению всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике).

Диарея — стул становится частым (до 10-15 раз в день), зловонным, кашицеобразным или водянистым.


Стеаторея («жирный» стул): возникает из-за нарушения всасывания в кишечнике жиров; стул становится маслянистым, с блестящим налетом, с трудом смывается со стенок унитаза.

Возникновение трещин в уголках рта.

Снижение массы тела:

1 степень — вес снижается на 5-8 кг;

2 степень — на 8-10 кг;

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-45-
---	--	---	------

3 степень — более 10 кг. В ряде случаев наблюдается выраженная потеря веса вплоть до кахексии (крайней степени истощения).

Общая слабость, повышенная утомляемость, сонливость, снижение работоспособности.

Гиповитаминоз (дефицит витаминов).

Формы

В настоящее время термином « постхолецистэктомический синдром» принято обозначать только нарушение функции сфинктера (кольцевидной мышцы) Одди, обусловленное нарушением его сократительной функции и препятствующее нормальному оттоку желчи и панкреатического сока в 12-перстную кишку при отсутствии препятствий (например, камней). Также иногда возможны другие проявления и формы, которые включают в постхолецистэктомический синдром.

Истинное новообразование камней в поврежденном желчном протоке.

Ложный рецидив (повторное возникновение) камнеобразования, или « забытые» камни желчного протока.

Стенозирующий дуоденальный папиллит (рубцово-воспалительное сужение большого дуоденального сосочка, приводящее к развитию желчной, а иногда и панкреатической гипертензии – повышению давления в панкреатобиллиарной (комплекс поджелудочной железы, желчного пузыря и желчных протоков) системе).

Активный спаечный процесс (образование рубцовой ткани) в подпеченочном пространстве.

Хронический холепанкреатит (воспаление желчных протоков и поджелудочной железы).

Причины

Неполноценное обследование до и во время операции, что приводит к неполному объему хирургической помощи.

Утрата нормальной роли желчного пузыря:



снижение концентрации (насыщенности) желчи в межпищеварительный период (время между приемами пищи) и выброс ее в 12-перстную кишку во время еды;

нарушение выделения желчи в кишечник и расстройства пищеварения (редкий жидкий стул, тошнота, однократная рвота).

Уменьшение бактерицидности (препятствия росту патогенных (болезнетворных) бактерий) дуоденального (12-перстного) содержимого, что приводит к микробному обсеменению (размножению бактерий) 12-перстной кишки, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции и снижению общего объема желчных кислот, необходимых для нормального пищеварения.

Дефекты техники выполнения операции:

- повреждение желчных протоков;
- неправильное введение и установка дренажей (специальных трубок, позволяющих контролировать отток желчи после операции);
- оставление длинной культи (части органа, оставшейся после операции) пузырного протока,
- стеноз (сужение) фатерова соска (участка 12-перстной кишки, откуда желчь поступает в кишечник);
- оставление камней в желчевыводящих путях.

Непроходимость протока фатерова соска — при нераспознанном до операции и не исправленном во время операции нарушении часто приводит к постхолестэктомическому синдрому.

Сопутствующие заболевания, развившиеся до оперативного вмешательства или после него. Основными из них являются:

хронический панкреатит — воспаление поджелудочной железы;



дискинезия 12-перстной кишки — нарушение функции продвижения пищеварительных масс по 12-перстной кишке;

синдром раздраженного кишечника — комплекс функциональных (обусловленных нарушениями функций кишки при отсутствии структурных повреждений ее ткани) кишечных нарушений, который включает в себя боль и/или дискомфорт в животе, облегчающийся после дефекации (опорожнения прямой кишки);

дуоденит – воспаление 12-перстной кишки;

язвенная болезнь 12-перстной кишки – образование язв и дефектов различной глубины в 12-перстной кишке;

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – заброс кислого желудочного содержимого в пищевод с последующим раздражением его стенок;

дуодено-гастральная рефлюксная болезнь — заброс щелочного кишечного содержимого в желудок с последующим раздражением его стенок.

Диагностика

Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились симптомы (сразу после операции или через некоторое время), когда и в каком объеме выполнялась операция, есть ли жалобы на боль в правом подреберье, желтуха и др.).

Анализ анамнеза жизни (когда возникла желчнокаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре), какие были ее проявления, как долго пациент получал лечение до операции и др.).

Анализ семейного анамнеза (страдает ли кто-то из близких родственников синдромом мальабсорбции (нарушением всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике), болезнью Крона (обширным воспалением всех слоев стенки тонкого кишечника), другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта).

Лабораторные исследования.



Клинический анализ крови (для выявления возможной анемии (малокровия), лейкоцитоза (повышения лейкоцитов (белых клеток крови, специфических клеток иммунитета) в крови при воспалительных заболеваниях).

Биохимический анализ крови (для контроля функции печени, поджелудочной железы, содержания важных микроэлементов (калий, кальций, натрий) в крови). Важно провести исследование не позднее 6 часов после болевого приступа и в динамике (в различные промежутки времени – натощак, после еды). Временное увеличение пищеварительных ферментов (биологически активных веществ, расщепляющих пищу на белки, жиры и углеводы) более чем в 2 раза говорит о дисфункции сфинктера Одди (кольцевидная мышца, контролирующая отток желчи).


Общий анализ мочи (для контроля состояния мочевыводящих путей и органов мочеполовой системы).

Анализ кала на яйца глист (круглых червей аскарид, остриц) и простейших (амеб, лямблий).

Копрограмма – анализ кала (можно обнаружить непереваренные фрагменты пищи, большое количество жира, грубые пищевые волокна).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости для оценки состояния желчного пузыря, желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы, почек, кишечника. Позволяет обнаружить застой желчи в желчных протоках, их расширение и деформацию.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) диаметра общего желчного протока с использованием жирных завтраков (жареных яиц, бутерброда с маслом, жирного молока), стимулирующих выработку холецистокинина (гормона, участвующего в процессе пищеварения) и увеличивающих выделение желчи. После пробного завтрака измерение диаметра холедоха (общего желчного протока) проводится каждые 15 минут в течение 1 часа. Увеличение его диаметра на 2 мм и более по сравнению с исходным позволяет предположить наличие неполной закупорки холедо-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-49-
--	--	--	------

ха как в результате дисфункции сфинктера Одди, так и из-за повреждения желчных протоков.

Для оценки состояния панкреатических протоков используется проба с введением секретина (гормона, участвующего в процессе пищеварения). В норме при ультразвуковом исследовании отмечается расширение панкреатического протока в течение 30 минут с последующим его уменьшением до исходного уровня. Если проток остается расширенным более 30 минут, это свидетельствует о нарушении его проходимости.

Манометрическое исследование сфинктера Одди — определение сохранности его функции с помощью специальных инструментов, вводимых непосредственно в сфинктер через желчные протоки. Манометрия сфинктера Одди показана далеко не всем больным. Выбор данного исследования основывается на оценке тяжести клинических проявлений и эффективности консервативной (безоперационной) терапии.

Ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ): метод, который позволяет с помощью специального видеоборудования (эндоскопа) выявить камни в желчном протоке. Преимущество метода заключается в одновременном удалении камней из протока.

Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости для более детальной оценки состояния печени, выявления возможной труднодиагностируемой опухоли, повреждения, камней в желчных протоках.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки с помощью специального видеоборудования (эндоскопа), взятие участка слизистой оболочки на исследование (биопсию): выявляют изменения слизистой и стенок желудка и 12-перстной кишки.

Возможна также консультация терапевта.

Лечение постхолецистэктомического синдрома

Диета.



Стол №5.

Разрешается: компот, некрепкий чай, хлеб пшеничный, обезжиренный творог, супы на овощном отваре, нежирная говядина, кура, каши рассыпчатые, некислые фрукты, листья салата, бобовые культуры.

Запрещается: свежая сдоба, сало, щавель, шпинат, жирное мясо, жирная рыба, горчица, перец, мороженое, черный кофе, алкоголь, жареное мясо, полуфабрикаты.

Частое дробное питание.

Медленное снижение массы тела.

Витаминотерапия (витамины группы А, К, Е, D, фолиевая кислота, В12, железо).

Добавление в рацион пищевых волокон, содержащихся в продуктах растительного происхождения, или пищевых добавок (например, отрубей, цельнозерновых каш).

Ограничение приема продуктов, богатых веществами, не способными усвоиться из-за дефицита необходимых пищеварительных ферментов (биологически активных веществ, расщепляющих пищу на белки, жиры и углеводы) при мальабсорбции (нарушении всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике).

Ограничение интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок.

Медикаментозное лечение.

Препараты нитроглицерина – для контроля функции сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей отток желчи).

Спазмолитические (для снятия спазма) препараты.

Прием обезболивающих препаратов (при болевом синдроме).

Ферментные препараты, способствующие пищеварению.

Антацидные препараты (снижающие кислотность желудочного сока).



Антибактериальные препараты для профилактики и лечения бактериальной инфекции, синдрома избыточного бактериального роста (СИБРа — патологического (ненормального) избыточного роста патогенной (болезнетворной) микрофлоры кишечника после снижения иммунитета или выполненной операции).

Хирургическое лечение — удаление вновь образовавшихся или оставленных в ходе первой операции камней, рубцов.

Осложнения и последствия

Послеоперационные осложнения:

несостоятельность операционных швов и, как следствие, расхождение краев раны и желчевыводящей системы;

инфицирование раны;

образование абсцессов (гнойников);

послеоперационная пневмония (воспаление легких).

Литература:


Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-52-
--	--	--	------

РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия : диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д. : Феникс , 2007 . - 352с.

5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

6. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром : монография [Печатный текст] / Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова и др.; ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого . - Красноярск : Версо , 2010 . - 232 с.

7. Михин И. В. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит : учеб. пособие для спец. : 060101 "Леч. дело" ; 060103 "Педиатрия" ; 060105 "Стоматология" ; 060104 "Мед.-профилакт. дело" [Печатный текст] / Михин И. В., Голуб В. А. ; Минздравсоцразвития РФ . - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ , 2011 .

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология механической желтухи при желчнокаменной болезни.
2. Патогенетические, морфологические и биохимические изменения в организме больного механической желтухой?
3. Основные клинические признаки механической желтухи.
4. Клинические признаки желтухи при злокачественных опухолях.
5. Клинические признаки гемолитической желтухи.



6. Особенности паренхиматозной желтухи.
7. Алгоритм диагностики при механической желтухе.
8. Консервативная терапия при механической желтухе, показания, сроки.
9. Паллиативные и радикальные операции при механической желтухе.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Постхолестэктомический синдром (часть 2)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

10. Дифференциальная диагностика ПХЭС.
11. Тактика ведения больных с ПХЭС
12. Консервативное и оперативное лечение больных ПХЭС

Целевая установка:

9. Разобрать современную классификацию механической желтухи.
10. Научить диагностировать клинические проявления ПХЭС
11. Научить дифференциальной диагностике ПХЭС
12. Разобрать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Формируемые понятия:

8. Уметь отдифференцировать причины ПХЭС.
9. Знать современные способы диагностики механической желтухи.
10. Знать современные способы лечения больных с механической желтухой.



Значение изучаемого материала для последующего использования:

Холецистэктомия – одна из самых распространенных операций в желчной хирургии. Желтухой называют окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер в желтый цвет вследствие накопления в тканях билирубина, уровень которого в крови при этом повышается. Желтуха является клиническим синдромом, характерным для ряда заболеваний внутренних органов. Знание причин, механизмов развития, клиники механической желтухи позволяет своевременно провести диагностику желтух и выработать алгоритм современного лечения больных.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной аттестации:

6. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.
7. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, эндоскопическое и хирургическое лечение механической желтухи.
8. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение ПХЭС.
9. Дифференциальная диагностика желтух, способы хирургического лечения механической желтухи.
10. Место эндоскопических методов исследования в дифференциальной диагностике желтух.

Вопросы для самоконтроля:

10. Этиология механической желтухи при желчнокаменной болезни.
11. Патогенетические, морфологические и биохимические изменения в организме больного механической желтухой?
12. Основные клинические признаки механической желтухи.
13. Клинические признаки желтухи при злокачественных опухолях.
14. Клинические признаки гемолитической желтухи.
15. Особенности паренхиматозной желтухи.
16. Алгоритм диагностики при механической желтухе.



17. Консервативная терапия при механической желтухе, показания, сроки.
18. Паллиативные и радикальные операции при механической желтухе.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Механическая желтуха (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Метаболизм билирубина в организме.
2. Классификация желтух.
3. Этиология механической желтухи.
4. Патогенетические и патанатомические изменения в организме при механической желтухе.
5. Современная классификация механической желтухи.
6. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика при механической желтухе.
7. Дифференциальная диагностика желтух.
8. Тактика ведения больных с механической желтухой.
9. Консервативное и оперативное лечение больных с механической желтухой.

Целевая установка:

1. Разобрать метаболизм билирубина в организме.
2. Разобрать классификацию желтух.
3. Разобрать этиологию механической желтухи.



4. Разобрать патогенез и патанатомию при механической желтухе.
5. Разобрать современную классификацию механической желтухи.
6. Научить диагностировать клинические проявления механической желтухи.
7. Научить дифференциальной диагностике желтух.
8. Разобрать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Формируемые понятия:

1. Знать метаболизм билирубина в организме.
2. Знать этиологию механической желтухи.
3. Знать патогенез и патанатомические изменения в организме при механической желтухе.
4. Знать классификацию механической желтухи.
5. Уметь отдифференцировать причины механической желтухи.
6. Знать современные способы диагностики механической желтухи.
7. Знать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Желтухой называют окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер в желтый цвет вследствие накопления в тканях билирубина, уровень которого в крови при этом повышается. Желтуха является клиническим синдромом,

характерным для ряда заболеваний внутренних органов. Знание причин, механизмов развития, клиники механической желтухи позволяет своевременно провести диагностику желтух и выработать алгоритм современного лечения больных.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной и экзаменационной аттестации:

1. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.



2. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, эндоскопическое и хирургическое лечение механической желтухи.
3. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение механической желтухи.
4. Дифференциальная диагностика желтух, способы хирургического лечения механической желтухи.
5. Место эндоскопических методов исследования в дифференциальной диагностике желтух.

Блок информации.

Методом выбора хирургического лечения хронического неосложненного калькулезного холецистита является холецистэктомия. Операцию выполняют под общим обезболиванием с применением миорелаксантов. Желчный пузырь выделяют чаще "от шейки" с раздельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. При выраженных воспалительных и рубцовых процессах в области шейки желчного пузыря и печечно-двенадцатиперстной связки, когда трудно дифференцировать ее элементы, прибегают к удалению желчного пузыря "от дна". Во всех случаях надо стремиться к субсерозному удалению желчного пузыря с последующей перитонизацией остатками его брюшинного покрова ложа желчного пузыря. Эта мера необходима в качестве профилактики кровотечения и желчеистечения из добавочных желчных ходов в области ложа желчного пузыря. Во время холецистэктомии должна быть проведена тщательная ревизия внепеченочных желчных протоков в связи с возможностью наличия холедохолитиаза, стриктуры большого дуоденального сосочка и др. Исследование внепеченочных желчных путей начинают с осмотра и измерения ширины общего желчного протока. Известно, что при его ширине до 8 мм патологические изменения (холедохолитиаз, стеноз дуоденального сосочка) встречаются в 0,8% случаев, при его ширине до 11 мм-в 36%, до 15 мм-в 95% случаев. Иногда камни в просвете общего желчного протока, особенно в его супрадуоденальном отделе, можно обнаружить пальпаторно.

Простым способом диагностики холедохолитиаза является трансиллюминация. Для этого под печечно-двенадцатиперстную связку помещают источник света и определяют на общем красноватом фоне темные пятна камней. Трансиллюминация не всегда информативна при мелких камнях, особенно при их локали-



зации в терминальном отделе общего желчного протока и дуоденального сосочка. Довольно информативным способом интраоперационного исследования является холангиография.

Для этого через культю пузырного протока в общий желчный проток вводят специальную иглу или полиэтиленовый катетер, через которые и вводят контрастное вещество (верографин, кардиотраст и др.). После введения в просвет желчных путей контрастного вещества выполняют снимок с помощью передвижного рентгеновского аппарата. В норме на снимке можно отметить, что общий желчный проток не расширен (диаметр его не превышает 1 см), тень его однородна, без дефектов наполнения, контрастное вещество свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. При холедохолитиазе обнаруживают расширение просвета общего желчного протока, округлые или полигональные дефекты наполнения контрастного вещества в его просвете. При вклинении камня в области ампулы большого дуоденального сосочка или его рубцовой стриктуре контраст плохо поступает в двенадцатиперстную кишку или не поступает совсем. В этих случаях нельзя ограничиться только холецистэктомией, необходимо вмешательство на внепеченочных желчных путях. Однако не всегда интраоперационная холангиография позволяет составить полное впечатление о характере изменений в желчевыводящих протоках. Вот почему при подозрении на нарушение пассажа желчи, симптомами которого являются расширение просвета общего желчного протока, желтуха к моменту операции, прибегают к другим интраоперационным способам исследования.

Большую информацию о состоянии внепеченочных желчных путей можно получить при интраоперационной холангиоскопии, при которой прохождение контрастного вещества по желчным путям контролируют на рентгенотелевизионном экране переносного рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем. Этот метод исследования позволяет изучить все фазы прохождения контрастного вещества и четко определить даже мелкие камни которые могут быть не видны на фоне наполненного контрастом общего желчного протока при обычной интраоперационной холангиографии.

В настоящее время имеются приспособления для интраоперационного ультразвукового сканирования печени, желчных протоков, поджелудочной железы. Этот метод проще и безопаснее, чем рентгенологические методы, а по достоверности и полноте информации он превосходит их, так как позволяет визуализировать не только желчные ходы и камни, но и рядом расположенные сосуды, кисты, опухоли и др.



Показания к холедохотомии: 1) механическая желтуха в момент операции; 2) определяемые пальпаторно или на интраоперационной холангиограмме камни в общем желчном протоке; 3) диаметр общего желчного протока более 1,5 см. Холедохотомию производят в супрадуоденальной части холедоха рассечением передней его стенки на протяжении 1-1,5 см. Иногда не определяемые пальпаторно до холедохотомии камни общего желчного протока хорошо ощущаются на зонде, введенном в его просвет. С помощью специального набора зондов Дольотти различного диаметра можно установить проходимость терминального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка. Свободное прохождение зонда No 4, 5 (номер зонда соответствует диаметру его оливы в миллиметрах) подтверждает отсутствие стриктуры терминального отдела холедоха.

Наибольшая степень достоверности выявления камней гепатикохоледоха может быть достигнута фиброхоледохоскопией. Для этого через холедохотомическое отверстие вводят специальный гибкий оптический прибор - фиброхоледохоскоп (наружный диаметр рабочей части аппарата 5-6 мм) и осматривают просвет желчевыводящих путей на фоне введения в их просвет стерильного изотонического раствора хлорида натрия. С помощью этого прибора можно осмотреть правый и левый печеночные протоки, весь гепатикохоледох, включая и большой дуоденальный сосочек. Кроме камней, стриктур общего желчного протока, можно выявить макроскопические признаки холангита: гиперемии, отечности, фибриновые налеты или изъязвления слизистой оболочки протоков в зависимости от характера воспалительных изменений (катаральный, гнойный холангит). При наличии опухоли в просвете желчных путей можно взять биопсию.

Камни внепеченочных желчных путей могут быть обнаружены с помощью специальных металлических зондов, соединенных с фоноиндикатором. При соприкосновении такого зонда с камнем раздается звуковой сигнал.

Применение оптимальных методов исследования желчевыводящих путей позволяет составить правильное представление о характере имеющихся в них изменений, что определяет дальнейшую оперативную тактику. При холедохолитиазе необходимо выполнение супрадуоденальной холедохотомии, удаление камней специальными щипцами, окончатými зажимами, зондом Фогарти. После удаления камней необходимо убедиться в адекватности проведенной процедуры все ли имевшиеся камни удалены. Для этой цели наиболее информативны холангиография, холангиоскопия и особенно холедохоскопия. Если хирург уверен, что все камни удалены и сохранена проходимость желчных путей, а также нет явлений холангита, хирургическое вмешательство может быть завершено "глухим" швом



общего желчного протока. Однако такая тактика возможна далеко не всегда, если будет иметь место подтекание желчи между швами. Предпосылкой к желчеистечению является желчная гипертензия, неизбежно возникающая после манипуляций на общем желчном протоке. Вот почему более целесообразно операцию закончить временным наружным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока или через холедохотомическое отверстие. Если в просвет большого дуоденального сосочка вклинен камень, удаление его через холедохотомическое отверстие, как правило, невозможно, поэтому прибегают к дуоденотомии и рассечению дуоденального сосочка, что позволяет извлечь камень. Вклинение камня часто сочетается со стриктурой большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока. При небольших ограниченных стриктурах оптимальной операцией является папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой. Для этого большой дуоденальный сосочек рассекают по его верхнему контуру (во избежание повреждения протока поджелудочной железы) на протяжении 0,8-1,5 см. Затем отдельными швами сшивают слизистую оболочку передней стенки общего желчного протока со слизистой оболочкой задней стенки двенадцатиперстной кишки. При протяженных тубулярных стриктурах терминального отдела общего желчного протока, расширении его свыше 2 см в диаметре папиллосфинктеротомия не выполняется, поэтому для обеспечения адекватного оттока желчи накладывают супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз. Эта операция менее физиологична, чем папиллосфинктеропластика, так как ниже анастомоза образуется "слепой мешок", в котором застаиваются желчь, пища, слизь, что может привести к развитию камней и холангита. Вследствие неустранимого препятствия оттоку панкреатического сока сохраняются или появляются симптомы хронического панкреатита. В этих случаях сочетание холедоходуоденостомии и папиллосфинктеропластики позволяет значительно улучшить функциональные результаты операции.

Лечение: все больные с острым холециститом должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов разлитого перитонита показана экстренная операция. У остальных больных показана медикаментозная терапия. Больным ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (так как кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил) за счет выраженного анальгезирующего действия



могут значительно уменьшить болевые ощущения и объективные признаки воспалительного процесса (мышечную защиту, перитонеальные симптомы), что может создать впечатление о стихании воспалительного процесса и таким образом "смазать" клиническую картину болезни, несмотря на продолжающиеся деструктивные изменения в желчном пузыре. Наркотические анальгетики, вызывая спазм сфинктера Одди, способствуют развитию желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического сока, что крайне нежелательно при остром холецистите. Болевые ощущения могут быть уменьшены путем применения холинолитиков и спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа и др.). Местно на область правого подреберья кладут пузырь со льдом. Применение грелки абсолютно недопустимо, так как при этом значительно увеличивается кровенаполнение желчного пузыря, что ведет к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений. Для подавления активности микробной флоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации назначают инфузионную терапию не менее 2--2,5 л растворов в сутки. На фоне лечения за больным проводят постоянное наблюдение. Учитывают субъективные ощущения, объективные симптомы болезни. Целесообразно вести индивидуальную картину наблюдения, в которой надо отмечать через каждые 4-6 ч частоту пульса, величину артериального давления, температуру тела, число лейкоцитов в крови. Это существенно облегчает наблюдение за больным, позволяет оценить эффективность проводимого лечения, судить о течении воспалительного процесса. При остром холецистопанкреатите комплекс медикаментозной терапии должен включать также препараты, применяемые для лечения острого панкреатита.

У большинства больных возможно купирование приступа острого холецистита. По завершении приступа необходимо обследование больного для выявления камней в желчном пузыре. При обнаружении камней в желчном пузыре или желчных протоках больного необходимо оперировать в плановом порядке через 2-3 нед после стихания острого приступа.

Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48-72 ч состояние больного не улучшается, сохраняются или усиливаются боли в животе, сохраняется или нарастает защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или повышается температура тела, растет лейкоцитоз, показано срочное хирургическое вмешательство, которое при бурном течении заболевания может быть предпринято и в более ранние



сроки. В последние годы появились сообщения об успешном применении экстренной лапароскопии и лечении острого холецистита. Под контролем лапароскопа производят пункцию желчного пузыря, эвакуируют его инфицированное содержимое (желчь, гной), в просвет пузыря вводят растворы антибиотиков, стероидных гормонов. Такая тактика позволяет на ранних стадиях остановить прогрессирование воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро достичь положительного клинического эффекта, избежать вынужденных хирургических вмешательств на высоте острого холецистита, выиграть время для предоперационной подготовки больных с сопутствующими заболеваниями. Ситуация значительно усложняется при развитии механической желтухи на фоне острого холецистита. Это осложнение грозит больному холангитом, повреждением клеток печеночной паренхимы, дальнейшим усугублением интоксикации с развитием печеночно-почечной недостаточности. Механическая желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма у которых весьма ограничены. Раннее оперативное вмешательство на фоне острого холецистита с механической желтухой представляет у них довольно большой риск. В такой ситуации довольно перспективным направлением является срочная эндоскопическая папиллотомия. Через биопсийный канал дуоденоскопа вводят тонкую канюлю в большой дуоденальный сосочек, после чего с помощью специального папиллотома рассекают его верхнюю стенку. Камни из протоков отходят либо самостоятельно, либо их удаляют корзинкой Дормиа или зондом Фогарти. Такая манипуляция позволяет ликвидировать желчную и панкреатическую гипертензию, уменьшить желтуху и интоксикацию. Впоследствии выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке.

Холецистэктомия-основное хирургическое вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в желчном пузыре и окружающих тканях, в связи с чем прибегают к ряду специальных приемов удалению желчного пузыря от дна, удалению желчного пузыря после предварительного вскрытия его просвета. Холецистэктомия обязательно должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). Дальнейшую хирургическую тактику определяют в зависимости от характера обнаруженных изменений, учитывая также возраст, общее состояние больного к моменту операции. При общем тяжелом состоянии больного, разлитом перитоните и серьезных сопутствующих заболеваниях



ях нецелесообразно стремиться к выполнению хирургического вмешательства в полном объеме в соответствии с характером изменений во внепеченочных желчных протоках. Необходимо лишь удалить воспалительноизмененный желчный пузырь, ликвидировать (если она выявлена во время операции) желчную гипертензию. Для борьбы с холангитом оставляют дренаж в общем желчном протоке. Холецистостомия с удалением камней и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии больного и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция паллиативная и позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, вновь в желчном пузыре возникает обострение воспалительного процесса и больных приходится повторно оперировать.

Летальность после холецистэктомии, выполненной в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита, не превышает 1%, а Холецистэктомия при остром холецистите сопровождается летальностью в 6-8% случаев, достигая у людей пожилого и старческого возраста 25%.

Контроль исходного уровня знания. Каждый студент получает по 1 вопросу (см. приложение). В ходе занятия проверяется правильность ответа в форме дискуссии. На основании анализа ответов студентов преподаватель может сориентироваться, какие разделы темы хуже понятны студентам, разбираются все неясные вопросы. Определению исходного уровня знания студентов необходимо придавать большое значение, так как уже в начале занятий преподаватель должен знать уровень общей и специальной подготовки студентов к практическому занятию и оперативно перестраивать план занятия, уделив больше внимания вопросам, оказавшимся наиболее трудными для студентов.

Тема отрабатывается в учебной комнате. Имеющиеся наглядные пособия должны способствовать закреплению тех знаний, которые студенты получили в процессе подготовки к занятию. Преподавателю необходимо подробно разобрать схемы классификации заболевания, рисунки, демонстрируемые с помощью видеоаппаратуры. Студенты должны знать этиологию и механизм острого холецистита, ЖКБ, основные жалобы, предъявляемые больным с данной патологией, уметь объяснить механизм развития патологического процесса. В процессе разбора



анамнеза заболевания следует отметить необходимость знания динамики развития симптомов от момента появления первых признаков болезни до поступления пациента в клинику.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.
2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.
3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия : диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д. : Феникс , 2007 . - 352с.
5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

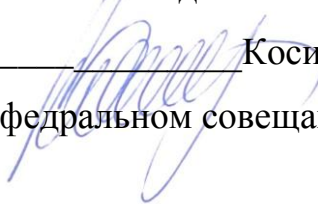


6. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром : монография [Печатный текст] / Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова и др.; ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого . - Красноярск : Версо , 2010 . - 232 с.
7. Михин И. В. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит : учеб. пособие для спец. : 060101 "Леч. дело" ; 060103 "Педиатрия" ; 060105 "Стоматология" ; 060104 "Мед.-профилактик. дело" [Печатный текст] / Михин И. В., Голуб В. А. ; Минздравсоцразвития РФ . - Волгоград : Изд-во ВолГМУ , 2011 .

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология механической желтухи при желчнокаменной болезни.
2. Патогенетические, морфологические и биохимические изменения в организме больного механической желтухой?
3. Основные клинические признаки механической желтухи.
4. Клинические признаки желтухи при злокачественных опухолях.
5. Клинические признаки гемолитической желтухи.
6. Особенности паренхиматозной желтухи.
7. Алгоритм диагностики при механической желтухе.
8. Консервативная терапия при механической желтухе, показания, сроки.
9. Паллиативные и радикальные операции при механической желтухе.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по «Госпитальной хирургии» для студентов педиатрического факультета по теме: Механическая желтуха (часть 2)

Количество часов – 2.



Основные вопросы для изучения:

10. Современная классификация механической желтухи.
11. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика при механической желтухе.
12. Дифференциальная диагностика желтух.
13. Тактика ведения больных с механической желтухой.
14. Консервативное и оперативное лечение больных с механической желтухой.

Целевая установка:

9. Разобрать метаболизм билирубина в организме.
10. Разобрать классификацию желтух.
11. Разобрать этиологию механической желтухи.
12. Разобрать патогенез и патанатомию при механической желтухе.
13. Разобрать современную классификацию механической желтухи.
14. Научить диагностировать клинические проявления механической желтухи.
15. Научить дифференциальной диагностике желтух.
16. Разобрать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Формируемые понятия:

8. Знать классификацию механической желтухи.
9. Уметь отдифференцировать причины механической желтухи.
10. Знать современные способы диагностики механической желтухи.
11. Знать современные способы лечения больных с механической желтухой.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Желтухой называют окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер в желтый цвет вследствие накопления в тканях билирубина, уровень которого в крови при этом повышается. Желтуха является клиническим синдромом,

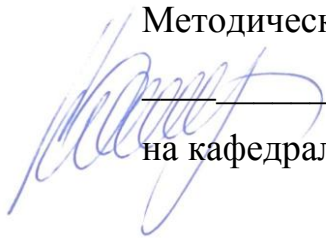


характерным для ряда заболеваний внутренних органов. Знание причин, механизмов развития, клиники механической желтухи позволяет своевременно провести диагностику желтух и выработать алгоритм современного лечения больных.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной и экзаменационной аттестации:

6. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение механической желтухи.
7. Дифференциальная диагностика желтух, способы хирургического лечения механической желтухи.
8. Место эндоскопических методов исследования в дифференциальной диагностике желтух.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Портальная гипертензия (часть 1)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Анатомия воротной вены.
2. Этиология, патогенез и патанатомия портальной гипертензии.
3. Классификации рака портальной гипертензии.
4. Клиническая картина портальной гипертензии и её осложнений.
5. Диагностика портальной гипертензии.



6. Дифференциальная диагностика портальной гипертензии.

7. Лечение портальной гипертензии и её осложнений.

Целевая установка:

1. Разобрать анатомию воротной вены.
2. Разобрать этиологию, патогенез и патанатомию портальной гипертензии.
3. Разобрать классификации портальной гипертензии и её осложнений.
4. Разобрать клинику портальной гипертензии в зависимости от её формы.
5. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики портальной гипертензии.
6. Научить дифференциальной диагностике портальной гипертензии с другими заболеваниями органов брюшной полости.
7. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению портальной гипертензии и его осложнений.

Формируемые понятия:

1. Знать анатомию воротной вены.
2. Знать этиологию, патогенез и патоморфологию развития портальной гипертензии.
3. Знать классификации портальной гипертензии и её осложнений.
4. Знать клинику портальной гипертензии в зависимости от формы патологического процесса.
5. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики при портальной гипертензии.
6. Уметь дифференцировать портальную гипертензию с другими заболеваниями органов брюшной полости.
7. Знать современные подходы к лечению портальной гипертензии и её осложнений.



Значение изучаемого материала для последующего использования:

Портальная гипертензия – стойкое повышение давления крови в портальной системе, вызванное механическими препятствиями кровотоку, которые могут локализоваться на различных отрезках. Успех хирургического лечения больных с портальной гипертензией во многом зависит от оптимального варианта примененной операции в каждом конкретном наблюдении и правильности технического её выполнения.


Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

1. Синдром портальной гипертензии: диагностика, оперативное лечение, варианты коррекции осложнений.
2. Синдром портальной гипертензии: этиология, патогенез, классификация и варианты коррекции осложнений.

Блок информации:

Портальная гипертензия – это стойкое повышение давления крови в портальной системе, вызванное механическими препятствиями кровотоку, которые могут локализоваться на предпеченочном ее отрезке (подпеченочная блокада портального притока), на уровне внутрипеченочных разветвлений (внутрипеченочная блокада), на уровне внепеченочных стволов печеночных вен или надпеченочного сегмента нижней полой вены (постпеченочная блокада венозного оттока).


Кровеносная система печени. Особенности внутриорганной кровеносной системы печени обусловлены тем, что приносящих сосудов два, а выносящих один. В артериальное русло печени кровь поступает из общей печеночной артерии, отходящей от чревного ствола и добавочных печеночных артерий – ветвей гастродуоденальной и желудочных артерий. В приносящее венозное русло кровь поступает из воротной вены, собирающей ее от непарных органов брюшной полости. Внутри печени ветви воротной вены идут параллельно ветвям печеночной артерии. Выносящее венозное русло собирает венозную кровь из синусоидов в центральные (терминальные печеночные) вены, затем в сублобулярные и собира-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-70-
--	--	---	------

тельные вены, далее в срединную и левую печеночные вены, которые впадают в нижнюю полую вену и запираются кольцевой мышцей.

Внутриорганный капиллярный аппарат печени представлена внутридольковыми синусоидами – видоизмененными необычайно широкими кровеносными капиллярами. Ни в одном другом органе нет такого тесного взаимоотношения между анатомической структурой и функцией, как у стенки печеночного синусоида, стенки которых представлены эндотелиальными клетками, имеющими многочисленные цитоплазматические отростки, образующими внутриклеточные поры – фенестры и межклеточные щели, обеспечивающие переход веществ из кровеносного русла в пресинусоидальное пространство Диссе, отделяющее синусоиды от гепатоцитов. Такой пористый эндотелий характерен для гистогематогенных барьеров и обеспечивает транзит из синусоидов в паренхиму печени макромолекулярных метаболитов. Именно в пространстве Диссе метаболиты вступают в контакт с гепатоцитами.

Лимфатическая система печени. Начальным звеном внутрипеченочной лимфатической системы являются межклеточные щели, пресинусоидальное пространство Диссе и перипортальное пространство Моля. Обычно пространство Диссе имеет щелевидную форму, его ширина соответствует длине микроворсинок гепатоцитов. Пространство Диссе является интерстицием печени, прелимфатическим транспортным участком, собирающим переработанную гепатоцитами, богатую белком, жидкость и направляющим ее в перипортальное пространство Моля и далее в лимфатические капилляры портального поля. В лимфатические капилляры также поступает лимфа из лимфатической капиллярной сети периартериальной и перидуктальной соединительной ткани. Из печени лимфа оттекает в перипортальные, панкреатоселезеночные и ретростернальные лимфоузлы, собирается в лимфатическую цистерну, откуда берет начало грудной лимфатический проток.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-71-
--	--	--	------

Желчевыводящая система печени. Межклеточные желчные каналы являются начальным элементом желчевыводящей системы, не имеют собственной стенки и образованы цитоплазматическими мембранами смежных двух или более гепатоцитов. Желчные каналы составляют широко разветвленную сеть, анастомозирующую внутри печеночных долек. Межклеточные желчные каналы, сливаясь друг с другом, на периферии печеночной долики образуют более крупные перилобулярные желчные ходы. Проходя через терминальную пластинку гепатоцитов в перипортальной зоне, холангиолы впадают в междольковые желчные протоки – холанги, стенка которых образована соединительной тканью.

Соединительнотканый остов печени – это портальное поле (тракт), расположенное на периферии печеночной долики, представляющее собой участок соединительной ткани неправильной треугольной формы с заключенными в ней конечными ветвями воротной вены, печеночной артерии и междольковым желчным протоком (портальная триада), начальными ветвями внутрипеченочной лимфатической системы и нервами.

Функции печени. Печень имеет важное значение в процессе пищеварения и в межклеточном обмене веществ и выполняет следующие функции: 1) регуляция обмена углеводов - включение галактозы и фруктозы в метаболизм, глюконеогенез, окисление глюкозы, синтез и распад гликогена, образование глюкуроновой кислоты; 2) регуляция обмена липидов – участие в расщеплении и всасывании пищевых липидов, окисление триглицеридов, образование кетонных тел, синтез триглицеридов, фосфолипидов, липопротеидов и холестерина, образование желчных кислот; 3) обеспечение динамического равновесия белков и межклеточный обмен аминокислот – синтез и распад белков, переаминирование и дезаминирование аминокислот, образование мочевины, глутамина и креатинина; 4) детоксикационная функция; 5) участие в пигментном обмене – образование, захват, конъюгация и экскреция билирубина, метаболизм и реэкскреция уробилиногена; 6) обмен витаминов – участие во всасывании и синтез, образование биологически активных



форм, депонирование и выведение из организма; 7) обмен биологически активных веществ, гормонов и биогенных аминов; 8) обмен микроэлементами – железа, меди (депонирование и синтез транспортных белков трансферрина и церулоплазмина), цинка, марганца, молибдена; 9) образование и секреция желчи, с которой в просвет кишечника выделяются как непосредственно синтезированные в печени вещества, так и захваченные из крови.

Тесные анатомические и функциональные связи между печенью и селезенкой позволяют говорить о единой гепатолиенальной функциональной системе, в которой оба органа служат биологическими фильтрами притекающей к ним соответственно по воротной вене и селезеночной артерии крови. Селезенка, являясь «кладбищем» эритроцитов, служит основным поставщиком желчных пигментов и железа, поступающих в печень и выделяемых с желчью. Тесная связь печени и пищеварительной системы позволяют говорить о гепатоэнтеральной системе: в печени задерживаются и трансформируются поступающие из кишечника продукты гидролиза и всасывания пищевых веществ; выделяемая печенью желчь способствует эффективному расщеплению и всасыванию липидов, участвует в сохранении нормальных биологических процессов в кишечнике. Печень и почки – важнейшие органы экскреции гепаторенальной системы.

Классификация портальной гипертензии

1. Надпеченочная блокада портального кровотока:

- а) цирроз Пика кардиального происхождения,
 - б) болезнь Киари (тромбоз печеночных вен),
 - в) синдром Бадда-Киари (тромбоз нижней полой вены на уровне печеночных вен, стеноз или облитерация ее выше печеночных вен, сдавление опухолью или рубцами).
- 2.

Внутрипеченочная блокада:

- а) циррозы печени (микро-, макронодулярный, билиарный, смешанный),
- б) опухоли печени (сосудистые, паразитарные, железистые),



в) фиброз печени (портальный, рубцовый, после травмы или локальных воспалительных процессов).

3. Подпеченочная блокада:

- а) флебосклероз, облитерация, тромбоз воротной вены или ее ветвей,
- б) врожденный стеноз или атрезия воротной вены или ее ветвей,
- в) сдавление воротной вены или ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратами.

шанная форма:

- а) цирроз печени в сочетании с тромбозом воротной вены,
- б) тромбоз воротной вены в сочетании с циррозом.


По клиническим проявлениям и состоянию портопеченочного кровообращения различают три стадии течения ПП:

1. Компенсированная – умеренное повышение портального давления, компенсированное внутрипеченочное кровообращение, спленомегалия с гиперспленизмом или без него.

2. Субкомпенсированная - высокое портальное давление, спленомегалия, варикозно расширенные вены пищевода и желудка с кровотечением или без него, выраженные нарушения портопеченочного кровообращения.

3. Декомпенсированная – спленомегалия, варикозно расширенные вены пищевода и желудка с кровотечением или без него, асцит, выраженные нарушения портопеченочного и центрального кровообращения.

Портопеченочное кровообращение в норме и патологии. Воротная вена располагается позади головки поджелудочной железы, формируется верхней и нижней брыжеечными, селезеночной, венечной веной желудка, проходит вместе с печеночной артерией и общим желчным протоком в гепато-дуоденальной связке. В воротах печени вена разделяется на два или три ствола, проникая в паренхиму ее правой и левой долей. Ширина ствола воротной вены колеблется от 1,5 до 1,8 см., при нарушениях портального кровотока достигает 2,5-3 см. Между системами

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-74-
--	--	--	------

воротной и поллой вен существуют различные портокавальные анастомозы, из которых выделяют три основные группы: 1) гастроэзофагеальные, соединяющие воротную вену с поллой через непарные и полунепарные вены; 2) анастомозы, образованные околопупочными венами, расположенными в круглой связке печени, соединяющими воротную вену с венами передней брюшной стенки и диафрагмы; 3) анастомозы, образованные верхними геморроидальными венами, соединяющими венозные сплетения прямой кишки с портальной системой.

Нормальное давление в портальной системе не превышает 200 мм. в.д.ст. В отличие от кровообращения других органов и систем, на пути крови из портальной системы стоят две капиллярные сети: в стенках пищеварительных органов и в печени. Одним из важнейших условий нормального кровообращения в сосудистой системе печени является наличие разности в давлении между различными точками этой системы. Артериальная кровь под давлением 110-120 мм.рт.ст. поступает в первую сеть капилляров, расположенных в непарных органах брюшной полости, где давление снижается до 10-15 мм.рт.ст., а после транзита через венулы и вены в воротную вену давление достигает 5-10 мм.рт.ст. Давление в синусах печени постоянно и составляет 5-8 мм.рт.ст.

Внеорганные вены портальной системы имеют мощный продольный мышечный слой, сокращение которого способствует пропульсивным движениям и заставляет кровь двигаться к сердцу. Средняя линейная скорость портального кровотока 15 см/сек с колебаниями от 12 до 18 см/сек. Средняя скорость движения крови в самой печени составляет 8-12 см/сек. Всего через портальное русло протекает 1500 мл. крови в минуту, из них по воротной вене – 75-78%, по печеночной артерии – 12-25%, что является существенной особенностью кровообращения в печени – наличие двух источников ее кровоснабжения с единой системой дренирования через печеночные вены. Физиологическое равновесие двух приносящих систем поддерживается нервно-рефлекторными механизмами с принципом взаимозамещаемости.




Портопеченочное кровообращение при циррозе печени. Объем сосудистого русла печени при циррозе резко уменьшен. Мелкие разветвления воротной вены подвергаются сморщиванию и облитерации. Сеть синусоидов во многих областях печени отсутствует. Вместо них выявляют многочисленные расширенные стволы, по которым кровь из системы воротной вены попадает непосредственно в печеночные вены. Суммарное сечение этих стволов меньше, чем суммарное сечение облитерированных синусоидов, что и обуславливает затрудненный кровоток через печень.

К числу главных проявлений перестройки сосудистой системы печени при циррозе относятся *формирование портопеченочных анастомозов* и *фрагментация синусоидального русла* печени с нарушением васкуляризации регенерирующей паренхимы. Внутрипеченочные шунты следует рассматривать как приспособительно-компенсаторный механизм, осуществляющий регуляцию нарастающего портального давления, который в последующем становится порочным кругом.

При ЦП страдает *артериальная система* не только самой печени, но и всех органов портальной системы. Наряду с сужением русла печеночной артерии возникает перераспределение крови в чревной артерии в сторону селезенки с резким расширением селезеночной артерии. Развитие артериовенозных шунтов в более поздних стадиях ЦП обуславливает появление гидравлического фактора портальной гипертензии – передачей давления с печеночной артерии на воротную вену.

Обращает на себя внимание тот факт, что при сужении воротной вены на уровне разветвления в паренхиме печени, а также при наличии признаков снижения артериального кровотока печеночные вены всегда расширены и по ним улавливается *ретроградный кровоток* в печени, который компенсирует недостаток антеградного кровоснабжения.

При повреждении паренхимы печени и появлении блока оттока с последующим нарушением обменных процессов в организме происходит рефлекторный спазм печеночной артерии, кровоток в селезеночной артерии возрастает, что


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-76-
---	--	---	------

способствует преодолению возросшего внутрипеченочного сосудистого сопротивления и сохранению объема портального кровотока. Именно за счет перераспределения крови в чревном стволе и сохраняется принцип преимущества портального кровотока в печени. Уменьшение притока крови по печеночной артерии компенсируется высокооксигенированной кровью воротной вены за счет возникновения артерио-портальных шунтов в органах портальной системы (селезенка, желудок, кишечник). Синусоидальный кровоток печени в этой стадии резко замедляется, что дает дополнительные возможности утилизации кислорода печенью.

При прогрессировании цирроза, нарастании внутрипеченочного сопротивления возникает допеченочный сброс крови по естественным портокавальным анастомозам, что в совокупности с внутрипеченочными портопеченочными шунтами обуславливает уменьшение объема портальной крови в кровообращении печени. Повышение портального давления является уже патологическим фактором, способствующим прогрессированию цирроза. На этой стадии каждое последующее кровотечение из вен пищевода или желудка приводит к постгеморрагической анемии и спазму сосудов печени, что еще больше усугубляет гипоксию печени и ухудшает ее функциональное состояние. Сброс крови по портокавальным анастомозам в правое предсердие, наряду с гипопротейнемией, анемией, нарушением электролитного равновесия, сопутствующих циррозу печени, способствуют вовлечению сердца в патологический процесс.

В последней стадии ЦП, на фоне сердечной декомпенсации, наблюдается резкое обеднение внутрипеченочной сосудистой сети. Кровоток в магистральных сосудах портальной системы замедлен, еще больше снижается доля воротного кровотока в печени, который в основном минуя ее паренхиму, проходит по внутрипеченочным портокавальным шунтам в нижнюю полую вену.

Портопеченочное кровоснабжение при внепеченочной гипертензии.
 При подпеченочной блокаде портального кровотока отмечается многообразие па-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-77-
--	--	--	------

тологических сосудистых изменений. Независимо от локализации блокады портального русла всегда имеют место портопортальные анастомозы, которые нередко более выражены, чем портокавальные, особенно при изолированном тромбозе селезеночной вены. При тромбозе воротной вены на уровне бифуркации также имеются портопортальные анастомозы, но портокавальные бывают выражены сильнее. В отличие от ЦП при блокаде самой воротной вены печеночная артерия всегда расширена.

Эффект перераспределения крови в чревном стволе зависит от уровня блокады портального кровообращения. При *стенозе или полной окклюзии воротной вены* обнаруживается расширение как печеночной, так и селезеночной артерий. При *изолированном тромбозе селезеночной вены* печеночная артерия остается в пределах нормы, селезеночная артерия – расширена, но никогда не достигает той степени расширения, которая наблюдается при ЦП или тромбозе воротной вены на уровне ее бифуркации.

Портальное давление при изолированном тромбозе селезеночной вены остается нормальным. В печеночных венах давление всегда остается нормальным при любой локализации блока внепеченочного портального русла, что важно при дифференциальной диагностике различных форм портальной гипертензии. Изменений в структуре печени либо не наблюдается, либо имеет место разрастание соединительной ткани по ходу портального тракта.

Компенсация портопеченочного кровообращения при допеченочной блокаде в отличие от ЦП осуществляется за счет быстрого развития портокавальных и портопортальных анастомозов с развитием спленомегалии. Возникший дефицит печеночного кровообращения компенсируется за счет усиления кровотока в печеночной артерии. При этом давление в портальной системе дистальнее блока составляет 400-500 мм.вд.ст., а проксимальнее – 80-140 мм.рт.ст., движение крови через зону окклюзии пропульсивное, образуются множественные портопортальные анастомозы. Портальная гипертензия является не только «механическим фак-




тором», проталкивающим кровь по многочисленным, в норме не функционирующим портокавальным и портопортальным анастомозам, но и источником мощной афферентной сигнализации патологического очага в ЦНС. Эффект от рефлекторных влияний со стороны кровеносных сосудов усиливается за счет импульсов с ишемизированных тканей и органов Ю в т.ч. печени, которая на фоне выраженной ишемии лишается необходимых для ее нормальной функции стимулов, поступающих с портальной кровью.

Портопеченочное кровообращение при синдроме Бадда-Киари. При полном, быстро развивающемся тромбозе печеночных вен патологические реакции превалируют над компенсаторными механизмами, что и приводит к летальному исходу. При неполном тромбозе печеночных вен или стенозе нижней полой вены на уровне диафрагмы компенсация нарушенного кровообращения подчинена тем же закономерностям, что и при ЦП, с той разницей, что формирование путей оттока крови идет в основном по *кавакавальным анастомозам* в сращениях печени с диафрагмой, через подкожные вены живота и спины.

При тромбозе отдельных печеночных вен отток крови из печени происходит по оставшимся венам через синусоидальное русло или по анастомозам, возникающим между печеночными венами. При блокаде оттока в значительной степени страдает лимфообращение печени, что обуславливает появление асцита.

Нарушение лимфообращения печени. Портально-лимфатическая гипертензия. Анатомическое строение лимфатической системы печени, ее тесная взаимосвязь с другими сосудистыми структурами свидетельствует об активном участии лимфообращения в печеночной гемодинамике. Через лимфатическую систему печени за сутки проходит около половины белков плазмы. Через стенку синусоидов и пространства Диссе к лимфатическим капиллярам постоянно течет богатая белком жидкость. В результате усиления протеолитической активности печеночных клеток при ЦП развивается интерстициальная гипергидратация пече-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-79-
--	--	--	------

ни. т.е. наблюдается избыточная лимфопродукция, во много раз превышающая нормальную.

Между венозным и лимфатическим руслом печени существует тесная взаимосвязь, особенно выраженная при нарушениях микроциркуляции у больных с ЦП, когда можно говорить об общем портальном и лимфатическом капиллярном бассейне печени. Переполнение этого бассейна жидкостью (кровью и лимфой) приводит к повышению гидростатического давления в русле, расширению всей сосудистой сети. Дилатация пространств Диссе ведет к дополнительному склеиванию синусоидов и гепатоцитов, что проявляется в виде их функциональной несостоятельности.

Дальнейшее прогрессирование процесса ведет к изменениям лимфооттока по главному коллектору лимфы – грудному лимфатическому протоку: наблюдается функциональная недостаточность устья ГЛП, затем его стеноз, увеличение диаметра, минутного объема лимфы, повышение давления, варикозная деформация протока. Параллельно с этим при ЦП развивается депонирование крови в селезенке, в варикозно расширенных венах бассейна воротной вены. Такое сочетание нарушений обращения крови и лимфы позволяет говорить о портально-лимфатической гипертензии.

В отличие от ЦП при подпеченочной блокаде портального кровотока внутрипеченочное капиллярное русло не нарушено. При с-ме Бадда-Киари изменения в системе лимфооттока развиваются по аналогии с ЦП.

Синдромы при портальной гипертензии

Варикозное расширение вен пищевода. Причины возникновения:

- анатомические особенности (магистральный тип строения, рыхлость окружающей ткани, отсутствие клапанов),
- наличие анастомозов с венами системы верхней полой вены.



Известно, что отток крови из пищевода осуществляется двумя путями: 1
– в систему верхней полый вены через непарную, полунепарную и щитовидные вены, при этом повышение давления в портальной системе не отражается на их состоянии;

2 – когда имеются анастомозы вен пищевода с венами желудка - в воротную вену через венечную вену желудка (образуются портокавальные анастомозы).

Поэтому в одних случаях при СПГ выявляют ВРВ пищевода, а в других, при прочих равных условиях, нет. Можно сделать вывод, что ВРВ пищевода при СПГ зависит не от локализации патологического очага, а от наличия связи вен пищевода и желудка.

Рыхлый подслизистый слой пищевода не может препятствовать постоянной внутрисосудистой гипертензии, что и обуславливает расширение вен с последующей варикозной трансформацией.

Механизм ВРВ желудка тот же, что и вен пищевода. При этом варикозному расширению подвергаются только те ветви венечной вены подслизистого слоя желудка, которые анастомозируют с венами пищевода – сброс идет за счет низкого градиента давления, по сравнению с другими венами желудка, не имеющими связи с венами пищевода.

Может иметь место изолированное расширение вен желудка, что обусловлено образованием портопортальных анастомозов при окклюзии воротной или селезеночной вены при условии впадения венечной вены желудка в проходимую воротную вену или ее левую ветвь. Расширенные вены желудка, образовавшиеся в результате портопортальных анастомозов, в отличие от портокавальных, располагаются в основном в подсерозном слое желудка, выбухая на поверхности его стенки.

В стадии компенсации портальной гипертензии в ответ на повышение давления в сосудах портальной системы наступает гипертрофия мышечных волокон, происходит перекалибровка сосудов, развиваются новые коллатерали,



подвергаются изменению органов брюшной полости, в первую очередь селезенка. Тонус пищевода в этой стадии сохранен, он перистальтирует, т.е. кровь из его вен проталкивается в систему непарной вены. Функциональная значимость ВРВ пищевода как механизма компенсации портальной гипертензии в стадии компенсации весьма незначительна, что дает основание рассматривать ВРВ пищевода как зону застоя, а не как транзитный путь для оттока крови.

В патогенезе гастроэзофагеальных кровотечений ведущим является разрыв вен пищевода и желудка в зоне наибольших трофических изменений венозной стенки, в результате гипертонического «портального» криза.

Установлена четкая взаимосвязь между степенью выраженности варикозных вен пищевода и кровотечением из них: чем больше выражено ВРВ, тем реальнее угроза кровотечения. Кроме того выявлена зависимость частоты кровотечений от тяжести эзофагита. В свою очередь воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка зависят от степени выраженности варикозных вен.

ВРВ пищевода постепенно приводит к снижению тонуса и его двигательной активности, что усугубляет венозный застой; развивается нарушение замыкательной функции кардии, желудочно-пищеводный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит.

Таким образом патогенез гастроэзофагеальных кровотечений обусловлен сочетанием нескольких взаимосвязанных причин:

- 1 – повышением портального давления,
- 2 – морфологической перестройкой сосудов портального бассейна с формированием ВРВ,
- 3 – наличием воспалительных изменений в слизистой пищевода и желудка,
- 4 – гипертензией в системе непарной и полунепарной вен,
- 5 – нарушением процессов гемокоагуляции в портальной вене с тромботическими и геморрагическими проявлениями,




6 – колебаниями ЦВД.

Взаимосвязь портальной и центральной гемодинамики, установленная при обследовании больных с портальной гипертензией вне кровотечений, позволила предположить, что ухудшение гемодинамических показателей в малом круге кровообращения в ответ на кровопотерю способствует затруднению оттока крови из портальной системы, в результате чего повышается портальное давление и возникает рецидив кровотечения.

Увеличение ОЦК, учащение пульса, увеличение ударного и минутного объема сердца, возрастание сердечно-сосудистого индекса, снижение общего периферического сопротивления можно рассматривать как компенсаторное состояние перед наступлением кровотечения в ответ на формирование СПГ. Особенностью такого механизма является увеличение сосудистой емкости венозного русла в бассейне воротной вены и значительное повышение объема циркулирующей плазмы. У больных с первично внепеченочной портальной гипертензией нарушения центральной гемодинамики значительно менее выражены и не являются определяющими.

У больных с декомпенсированным ЦП повышение ЦВД, отражающее состояние центральной гемодинамики, можно считать одним из этиологических моментов развития «портального» криза.

Расширение вен передней брюшной стенки происходит при формировании портокавальных анастомозов через надчревные, пупочные и околопупочные вены. Незаращенная пупочная или околопупочные вены, выходя на в подкожную клетчатку брюшной стенки, анастомозируют с верхней или нижней надчревной веной через поверхностную надчревную вену, которые впадают соответственно в грудную или наружную подвздошную вены. Формирование этих анастомозов характерно для внутрипеченочной ПГ. Они проецируются чаще выше и ниже пупка, тогда как при синдроме нижней полой

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-83-
--	--	--	------


вены (с-м Бадда-Киари) расширенные вены располагаются больше по боковым стенкам живота и даже спине, что никогда не наблюдается при ЦП.

Геморрой. В условиях ПГ кровь из нижней брыжеечной вены направляется по верхней геморроидальной вене в нижнюю и среднюю геморроидальные вены. Переход сосудов подслизистого слоя прямой кишки в сосуды системы нижней полой вены осуществляется через мышечную стенку, подобно переходу вен пищевода в непарную вену, что и создает препятствие для перехода крови из одной системы в другую. В условиях ПГ это выступает причиной ВРВ подслизистого слоя прямой кишки.

Асцит. В патогенезе асцита решающая роль принадлежит не нарушению проходимости воротной вены, а затруднению оттока крови из печени. Об этом свидетельствует тот факт, что при подпеченочной блокаде асцит появляется только тогда, когда развиваются выраженные вторичные изменения в печени. Самую важную роль в накоплении асцита играет механическое препятствие постсинусоидальному оттоку крови. А так же гипoadьбуминэмия, увеличение уровня антидиуретического гормона в крови, излишки альдостерона и задержка в организме натрия.

Асцитическая жидкость представляет собой как бы ультрафильтрат плазмы, её компоненты находятся в динамическом равновесии с составляющими плазмы. В течение часа с плазмой обменивается 40-80% асцитической жидкости, а меченый альбумин попадает в асцитическую жидкость через 30 минут после внутривенного введения. Альбумин, введенный в брюшную полость, обнаруживается в плазме крови еще быстрее.

Усиленное лимфообразование и перегрузка лимфатической системы при ЦП способствует разгрузке венозной сети, но в дальнейшем развивается динамическая недостаточность лимфообращения, приводящая к пропотеванию жидкости с поверхности печени в брюшную полость. Осмотические и гидростатические факторы определяют движение жидкости, ионов и протеина

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-84-
--	--	--	------


между портальными капиллярами и брюшной полостью. Сам факт появления асцита всегда указывает на поражение печеночных клеток и не всегда относится только к портальной гипертензии.

Гипоальбуминемия возникает не только вследствие снижения синтеза белков, но и в результате потери белков при удалении асцитической жидкости, приводит к снижению коллоидно-осмотического давления. Наиболее важную роль в патогенезе асцита играет изменение распределения альбумина в организме с перемещением его части из внутрисосудистого пространства во внесосудистое.

У больных ЦП с асцитом общее количество натрия в организме повышено, а выделение его с мочой, калом, потом и слюной резко снижено. Поврежденная печень не в состоянии в достаточной мере нейтрализовать циркулирующий в крови антидиуретический гормон, что способствует задержке воды и прогрессированию асцита. Уменьшается почечный плазмоток и клубочковая фильтрация, увеличиваются реабсорбция натрия и экскреция калия в дистальных отделах почечных канальцев и возрастает реабсорбция натрия и воды в проксимальных отделах почечных канальцев со снижением толерантности к водной нагрузке. Активация реабсорбции натрия и воды, обусловленная воздействием альдостерона, имеет наибольшее значение в их задержке в организме.

Гиперальдостеронизм при ЦП возникает вследствие повышенной секреции альдостерона корой надпочечников, что связано с падением эффективного ОЦК, и уменьшенной его инактивации в гепатоцитах.

Спленомегалия. По классификации М.Е. Тареева спленомегалии разделяют на: системные (гемопатические, метаболические, циркуляторные, инфекционные, паразитарные) и местные «хирургические» (опухоль селезенки, паразитарные и непаразитарные кисты).

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-85-
--	--	--	------


Увеличение селезенки может быть следствием гиперплазии и гипертрофии ретикулоэндотелиальных элементов в результате воспалительного процесса (при малярии, бруцеллезе) или функциональных изменений (гемолитическая анемия).

Селезенка как паренхиматозный орган является одним из значительных резервуаров крови, вмещая в среднем до 500 мл крови. При ЦП артериальный кровоток селезенки резко увеличен. При тромбозе воротной вены состояние артериального русла селезенки зависит от локализации блока: чем ближе тромб к воротам селезенки, тем меньше расширение селезеночной артерии. Соответственно изменяются размеры селезенки: при полной блокаде селезеночной вены увеличение селезенки умеренное, при тромбозе воротной вены – значительное.

Усиленный кровоток по селезеночной артерии способствует транзиту высокооксигенированной крови в печень. Поэтому спленомегалия при ПГ не только следствие застоя крови, но и результат функциональной гипертрофии органа, участвующего в компенсации печеночного кровотока.

Гиперспленизм – это гиперфункция селезенки, проявляющаяся в уменьшении одного, двух или всех видов клеток крови - анемии, лейко- и тромбоцитопении. Иногда гиперспленизм проявляется гемолизом.

Первичный гиперспленизм определяется как функциональные расстройства селезенки, которые приводят к уменьшению одного или более видов клеток костномозгового происхождения; при гистологическом исследовании селезенки определяются гиперплазия лимфоидной ткани и склеротические процессы. Примером первичного гиперспленизма служит гемолитический синдром – увеличенный уровень непрямого билирубина и гемолитического показателя, часто в сочетании с панцитопенией, возникающий при гемолитических серологических анемиях, особенно при положительной пробе Кумбса (определение неполных аутоантител к эритроцитам больного).

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-86-
---	--	--	------

Вторичный гиперспленизм, развивающийся при ЦП или подпеченочной ПГ, дает такие же гемолитические симптомы, лишь с той разницей, что причина увеличения и извращения функции селезенки хорошо известна. При этом реакция Кумбса может быть положительной за счет выработки селезенкой противопеченочных антител.

Имеется определенная зависимость между степенью портальной гипертензии, увеличением селезенки и периферической цитопенией. Последняя объясняется депонированием и блокадой клеток крови в селезенке. Содержание тромбоцитов и лейкоцитов в селезенке и других отделах воротной системы при ПГ значительно выше, чем в системе полых вен. Различают 3 степени гиперспленизма:


III – резко выраженный – содержание лейкоцитов ниже 2000, тромбоцитов – ниже 50000;

II - выраженный - содержание лейкоцитов 3000-2000, тромбоцитов - 100000-50000;

I – слабо выраженный - содержание лейкоцитов 3000-4000, тромбоцитов – 150000-100000.

Гиперспленизм у больных циррозом превышает риск кровотечений из ВРВ пищевода и кардии. Тромбоцитопения и низкая адгезивность тромбоцитов считаются одними из основных причин развития геморрагического синдрома. Выявлена корреляция между выраженностью гиперспленизма и активностью цирротического процесса, что позволяет рассматривать гиперспленизм как один из критериев его активности.

Варикозное расширение вен пищевода и желудка с рецидивами или угрозой кровотечения из них считают основным осложнением портальной гипертензии, требующим активного (чаще всего хирургического) лечения, так как каждый рецидив пищеводно-желудочного кровотечения, помимо непосредственной угрозы жизни больному, приводит к значительному ухудшению функции печени, неред-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-87-
---	--	--	------

ко к развитию печёночной недостаточности, энцефалопатии и асциты. От первого кровотечения летальность составляет 30%, от второго еще 30%, от третьего еще 30%, от четвертого последние 10%.

В настоящее время существуют три принципиальных подхода к профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка и их предупреждению. Первый — предполагает декомпрессию портальной системы с помощью портокавального шунтирования. С этой целью используют различные виды сосудистых портокавальных анастомозов, включая трансъюгулярное портосистемное шунтирование (transjugular intrahepatic portosystemic shunt — TIPS). Второй подход заключается в разобщении портокавальных связей в зоне расположения варикозных вен пищевода и желудка с помощью различных хирургических операций. Это может быть деваскуляризация пищевода и желудка, транссекция пищевода, прошивание и перевязка вен в эзофагокардиальной области, резекция пищевода и желудка, а также «малоинвазивные» вмешательства: эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен, эндоваскулярная эмболизация левой желудочной вены и коротких вен желудка. Цель этих операций — прервать приток крови к венам, находящимся в кардиоэзофагальной области, и кровоток по ним. Третий — состоит в снижении портального давления с помощью лекарственных средств. При этом предполагают сохранить существенный градиент давления между портальной и кавальной системой.

Все указанные методы лечения имеют паллиативный характер: они направлены не на лечение основного заболевания, а на ликвидацию одного из основных симптомов портальной гипертензии — кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. Единственный радикальный метод лечения гипертензии в системе воротной вены у больных декомпенсированным циррозом печени — её трансплантация.

Литература:

Основная литература (ОЛ)



1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.

5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

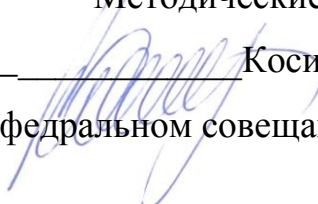
1. Особенности архитектоники системы воротной вены.
2. Из каких вен формируется воротная вена?
3. Разветвления воротной вены в печени.



4. Сообщение системы воротной вены с системой полых вен.
5. Вены, являющиеся основными естественными портокавальными анастомозами.
6. Изменения, происходящие в портокавальных анастомозах при повышении давления в системе воротной вены — синдроме портальной гипертензии (СПГ).
7. Заболевания наиболее часто являющиеся причиной СПГ при различной локализации портальной блокады.
8. Основные клинические симптомы СПГ.
9. Методы исследования при СПГ.
10. Изменения, выявляемые при портографии.
11. Почему СПГ является хирургической проблемой?
12. Дифференциальная диагностика СПГ, осложненного кровотечением.
13. Отличительные признаки кровотечения при СПГ от кровотечения другой этиологии.
14. Дифференциальная диагностика СПГ при наличии асцита. Методы исследования.
15. Операции при СПГ, осложненном кровотечением.
16. Оптимальный портокавальный анастомоз при СПГ.
17. Способы консервативной остановки кровотечения при СПГ.
18. Отрицательные стороны прямых портокавальных анастомозов.
19. Операции, выполняемые при СПГ, осложненном асцитом у больных с резистентностью к диуретикам.
20. Хирургические вмешательства, проводимые для улучшения внутрипеченочного кровообращения.
21. Противопоказания к оперативному лечению при СПГ.



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

—  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Портальная гипертензия (часть 2)**


Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

8. Анатомия воротной вены.
9. Этиология, патогенез и патанатомия портальной гипертензии.
10. Классификации рака портальной гипертензии.
11. Клиническая картина портальной гипертензии и её осложнений.
12. Диагностика портальной гипертензии.
13. Дифференциальная диагностика портальной гипертензии.
14. Лечение портальной гипертензии и её осложнений.

Целевая установка:

8. Разобрать анатомию воротной вены.
9. Разобрать этиологию, патогенез и патанатомию портальной гипертензии.
10. Разобрать классификации портальной гипертензии и её осложнений.
11. Разобрать клинику портальной гипертензии в зависимости от её формы.
12. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики портальной гипертензии.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-91-
---	--	--	------

13. Научить дифференциальной диагностике портальной гипертензии с другими заболеваниями органов брюшной полости.

14. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению портальной гипертензии и его осложнений.

Формируемые понятия:


8. Знать анатомию воротной вены.
9. Знать этиологию, патогенез и патоморфологию развития портальной гипертензии.
10. Знать классификации портальной гипертензии и её осложнений.
11. Знать клинику портальной гипертензии в зависимости от формы патологического процесса.
12. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики при портальной гипертензии.
13. Уметь дифференцировать портальную гипертензию с другими заболеваниями органов брюшной полости.
14. Знать современные подходы к лечению портальной гипертензии и её осложнений.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Портальная гипертензия – стойкое повышение давления крови в портальной системе, вызванное механическими препятствиями кровотоку, которые могут локализоваться на различных отрезках. Успех хирургического лечения больных с портальной гипертензией во многом зависит от оптимального варианта примененной операции в каждом конкретном наблюдении и правильности технического её выполнения.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

3. Синдром портальной гипертензии: диагностика, оперативное лечение, варианты коррекции осложнений.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-92-
--	--	--	------

4. Синдром портальной гипертензии: этиология, патогенез, классификация и варианты коррекции осложнений.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

6. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

7. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

8. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

9. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.

10. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа:



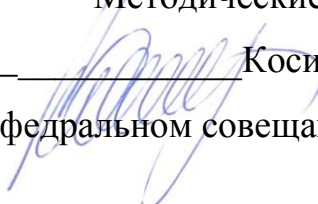
<http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля.

1. Изменения, происходящие в портокавальных анастомозах при повышении давления в системе воротной вены — синдроме портальной гипертензии (СПГ).
2. Заболевания наиболее часто являющиеся причиной СПГ при различной локализации портальной блокады.
3. Основные клинические симптомы СПГ.
4. Методы исследования при СПГ.
5. Изменения, выявляемые при портографии.
6. Почему СПГ является хирургической проблемой?
7. Дифференциальная диагностика СПГ, осложненного кровотечением.
8. Отличительные признаки кровотечения при СПГ от кровотечения другой этиологии.
9. Дифференциальная диагностика СПГ при наличии асцита. Методы исследования.
10. Операции при СПГ, осложненном кровотечением.
11. Оптимальный портокавальный анастомоз при СПГ.
12. Способы консервативной остановки кровотечения при СПГ.
13. Отрицательные стороны прямых портокавальных анастомозов.
14. Операции, выполняемые при СПГ, осложненном асцитом у больных с резистентностью к диуретикам.
15. Хирургические вмешательства, проводимые для улучшения внутрипеченочного кровообращения.
16. Противопоказания к оперативному лечению при СПГ.



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Тупые травмы живота (часть 1)**


Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Классификация тупых травм живота.
2. Методы диагностики тупых травм живота.
3. Клиника повреждений передней брюшной стенки.
4. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения повреждений полых органов живота.
5. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.
6. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.
7. Тактика ведения больных с тупыми травмами живота.

Целевая установка:

1. Разобрать классификацию тупых травм живота.
2. Разобрать методы диагностики тупых травм живота.
3. Разобрать клинику повреждений передней брюшной стенки.
4. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений полых органов живота.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-95-</p>
--	---	--	-------------

5. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.

6. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.

7. Научить распознавать основные клинические проявления и осложнения повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости.

8. Научить тактики ведения больных с тупыми травмами живота.

Формируемые понятия:

1. Знать классификацию тупых травм живота..

2. Знать методы диагностики тупых травм живота.

3. Знать клинику повреждений передней брюшной стенки.

4. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений полых органов живота.

5. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.


6. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.

7. Уметь дифференцировать основные клинические проявления и осложнения повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости.

8. Уметь разрабатывать алгоритм ведения и лечения больных с тупыми травмами живота.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Отличительной чертой закрытой травмы является отсутствие раны на брюшной стенке. Более чем у 5% пострадавших возникают тяжелые поражения внутренних органов. В мирное время закрытая травма живота составляют 1,5% по отношению к общему числу повреждений. Знание клиники тупых травм живота, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни боль-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-96-
--	--	---	------


ных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Блок информации.

Наиболее частым видом травмы живота являются повреждения, наступающие вследствие механического воздействия.

Если у пострадавшего нет других каких – либо повреждений, кроме травмы живота, такая травма носит название изолированной. Среди пострадавших с изолированной травмой живота выделяют множественную травму. Примером могут служить множественные пулевые ранения (очередью из автоматического оружия) или множественные ножевые ранения, часть из которых может слепо заканчиваться в брюшной стенке, а часть проникать в брюшную полость, вызывая самые различные повреждения.

Наличие повреждения любой другой локализации у пострадавшего с травмой живота относится к сочетанной травме живота. Наиболее часто встречается сочетание травмы живота и ЧМТ, несколько реже – травмы живота и опорно-двигательного аппарата, травма живота и груди. Сочетанная травма живота характеризуется крайней тяжестью повреждений. Наиболее тяжелой среди перечисленных сочетаний является травма груди и живота. В этой группе особо следует выделить торакоабдоминальные повреждения. Они могут быть проникающими в обе серозные полости (плевральную и брюшную) или несколько в одну из них, но всегда они характеризуются повреждением диафрагмы. От торакоабдоминальных повреждений следует отличить одновременные повреждения груди и живота, которые представляют собой независимые друг от друга повреждения грудной стенки или органов плевральной полости и средостения и брюшной стенки или органов брюшной полости и забрюшинного пространства без вовлечения диафрагмы.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-97-
--	--	--	------

Если пострадавший помимо механической травмы живота, получил поражение другим агрессивным фактором (термический, химический ожог, радиационное поражение, отравление и т.д.), то речь идет о комбинированной травме.


По механизму травмы различают две группы повреждений живота – открытые и закрытые. Необходимость выделения этих групп связана с тем, что клинические проявления, диагностика и хирургическая тактика при открытых и закрытых повреждениях живота весьма различны. Открытые повреждения (ранения) наносятся холодным, огнестрельным оружием и вторичными снарядами. Раны, нанесенные холодным оружием, делятся на колотые, резанные, рубленые и рваные. Колотые ранения наносят штыками, ножами, узкими стилетами, шилом, ножницами, столовыми вилками и т.д. Такие раны характеризуются наибольшими размерами повреждения кожи при довольно значительной глубине раневого канала.

Резаные ранения наносят различными ножами. Для них характерна большая протяженность и линейное направление. Края ран, как правило, ровные. Часто наблюдается интенсивное наружное кровотечение из большого числа пересеченных сосудов. Большие резаные раны живота могут сопровождаться эвентрацией органов брюшной полости.

Рубленые раны наносят топором. В прошлом встречались раны, нанесенные тесаком, саблей. Такие раны характеризуются травматичностью, большим массивом разрушенных тканей.

Рваные раны являются наиболее травматичными и возникают при производственной травме различными деталями и механизмами (например: крыльчаткой вентилятора двигателя) или являются следствием нападения животных. Как правило, такие раны сильно загрязнены.

Среди огнестрельных ранений различают дробовые, пулевые (сквозные, касательные, и слепые). Современная огнестрельная рана характеризуется большой тяжестью, множественностью, обширностью и глубиной повреждения

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-98-
--	--	--	------


тканей и органов. При ранениях снарядами с большой скоростью значительное влияние на величину и род повреждений тканей оказывает действие вторичных снарядов – фрагментов тканей человека (например: костных отломков), разных предметов и частиц распавшегося огнестрельного снаряда. Под воздействием кинетической энергии снаряда. Под воздействием кинетической энергии снаряда в мягких тканях возникает кратковременный пульсирующий дефект (полость), диаметр которого может быть в 30 раз больше диаметра самого снаряда. Это явление приводит к обширной контузии тканей, их сжатию, растягиванию, расслоению, разрыву, увеличению объема органов и их растрескиванию, к резкому перемещению жидкостей и газов.

При пулевых ранениях площадь повреждения увеличивается по направлению к выходному отверстию. Осколки в связи с их неправильной формой и большим сопротивлением тканей на их пути максимальную энергию передают в момент соприкосновения с телом человека. Исходя из этого, самая большая площадь повреждений наблюдается со стороны входного отверстия.

Входные отверстия при огнестрельных ранениях живота только у половины пострадавших локализируются на передней брюшной стенке, у остальных же входные отверстия располагаются в других анатомических областях. Все это говорит о возросшей сложности огнестрельных ранений и о трудности их хирургического лечения.

При автомобильных катастрофах и производственных травмах наблюдаются ранения, нанесенные вторичными снарядами - осколками стекла, металлическими деталями и т.д. Такие раны по характеру приближаются к рвано-ушибленным.

Открытые повреждения живота делят на непроникающие в брюшную полость и проникающие в брюшную полость в зависимости от того, осталась ли брюшина неповрежденной или она повреждена.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-99-
--	--	--	------


При непроникающем ранении живота чаще всего поврежденной оказывается передняя брюшная стенка или мягкие ткани поясничной области. Крайне редко повреждается тот или иной орган, расположенный забрюшинно (двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, почка, мочевой пузырь). При непроникающих огнестрельных ранениях брюшной стенки под воздействием силы бокового удара ранящего снаряда могут повреждаться органы забрюшинного пространства и брюшной полости. Однако характер повреждения органов в таких случаях больше соответствует закрытой травме.

Проникающие ранения живота делят на ранения без повреждения внутренних органов и ранения с повреждением внутренних органов. Чаще всего проникающие ранения без повреждения внутренних органов наблюдаются при нанесении удара ножом, причем с такой скоростью, когда подвижные петли тонкой кишки успевают ускользнуть в сторону от лезвия ножа.

Различают повреждения полых органов (желудок, кишечник, мочевой пузырь, желчный пузырь), паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочная железа, почки) и кровеносных сосудов (магистральные артерии и вены, сосуды брыжейки, сальника, забрюшинного пространства).

Закрытые повреждения живота характеризуются отсутствием раны брюшной стенки, хотя на коже живота и пограничных областей могут быть множественные ссадины и подкожные кровоизлияния. Иногда вместо термина «закрытые повреждения живота» используется другой – «тупая травма живота». Эти повреждения происходят от удара в живот твёрдым предметом, сдавления живота, падения с высоты, обвала, действия взрывной волны. Различают повреждения брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Среди закрытых повреждений брюшной стенки различают ушибы и разрывы мышц, кровоизлияния в подкожную жировую клетчатку. К ушибам мышц относятся травматические гематомы с размятием мышечной ткани. При разрывах мышц имеется большая гематома брюшной стенки с диастазом разо-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-100-
--	--	--	-------

рванных краёв мышцы. При этом может произойти разрыв крупного артериального сосуда брюшной стенки, что представляет серьёзную угрозу жизни пострадавшего.


Закрытые повреждения внутренних органов чаще всего бывают множественными. Повреждения полых органов делят на ушибы, раздавливания, полные разрывы и частичные разрывы (надрывы).

Полный разрыв представляет собой линейной или неправильной формы дефект стенки органа.

Надрывом называют повреждения серозной или мышечной оболочек с сохранением слизистой оболочки. Иногда при закрытых повреждениях тонкой кишки наблюдаются множественные внутренние надрывы слизистой оболочки и подслизистого слоя с повреждением внутривисцеральных сосудов и кровотечением в просвет кишки. Висцеральная брюшина и мышечная оболочка кишки при этом могут быть не изменены.

Ушибы полых органов выглядят как органические гематомы. При этом следует подчеркнуть, что для ушиба толстой кишки характерным является поверхностная субсерозная гематома, для ушиба тонкой – глубокая, подслизистая. Наличие большой гематомы с пропитыванием кровью всех оболочек кишки свидетельствует о раздавливании стенки кишки.

Повреждения паренхиматозных органов бывают без нарушения целостности капсулы (подкапсульные и центральные гематомы) и с нарушением её целостности (трещины, разрывы, отрывы и размозжения). Подкапсульные гематомы в последующем могут вследствие разрыва отслоённой и напряженной капсулы опорожниться в брюшную полость с возникновением внутрибрюшного кровотечения. Такие разрывы паренхиматозных органов принято называть двухмоментными. Центральная гематома может достигать больших размеров без каких – либо клинических проявлений, но с резкими нарушениями функционального характера.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-101-
--	--	--	-------

Трещины и разрывы паренхиматозных органов могут иметь линейную или звездчатую форму, быть одиночными или множественными, поверхностными или глубокими. Глубокие сквозные разрывы, соединяясь между собой, приводят к отрыву части органа, которая может свободно лежать в брюшной полости или в забрюшинном пространстве.

Размозжение представляет собой крайнюю степень повреждения органа, когда вследствие раздавливания или огнестрельного ранения хирург обнаруживает остатки капсулы, обрывки крупных сосудов паренхимы .

Тяжелая травма, связанная с сильным ударом, может приводить к полному отрыву органа (почка, селезенка) от его ножки.

При повреждении костей таза и позвоночника нарушается целостность кровеносных сосудов этих областей, вследствие чего возникает кровоизлияние в забрюшинную клетчатку (забрюшинная гематома).


3. Особенности и классификация повреждений различных органов.

Различают единичные и множественные повреждения органов брюшной полости. Примером единичной травмы является разрыв селезенки. Если, кроме разрыва селезенки, у пострадавшего имеется разрыв тонкой кишки, речь идет о множественных повреждениях органов.

Каждый орган в свою очередь может иметь либо одну рану, либо несколько. В связи с этим выделяют монофокальные и полифокальные повреждения.

В широкой практике при наличии нескольких ран одного органа также употребляют термин “множественные” (множественные разрывы тонкой кишки).

Характеризуя раны, разрывы и трещины органов, указывают их число и локализацию, пользуясь общепринятыми анатомическими обозначениями (“множественные разрывы нижнего полюса селезенки”, “разрыв противоброже-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-102-</p>
--	---	--	--------------

ечной части подвздошной кишки”, “сквозные ранения печени в области 5-го и 6-го сегментов” и т.д.).

а) Печень. Закрытая травма печени возникает от прямого удара, противоудара и сдавления.

Классификация повреждений печени.

1. Закрытые повреждения.

А. Вид повреждения: разрывы печени с повреждением капсулы; субкапсулярные гематомы, центральные разрывы или гематомы печени, повреждения внепеченочных желчных путей и сосудов.

Б. Степень повреждения: поверхностные трещины и разрывы глубиной до 2см, разрывы глубиной от 2-3см до половины толщи органа, разрывы глубиной более половины толщи органа и сквозные разрывы, размозженные части печени или расчленение на отдельные фрагменты.

В. Локализация повреждения (по долям и сегментам).


Г. Характер повреждения внутрпеченочных сосудов и желчных протоков.

2. Открытые повреждения. Огнестрельные: пулевые, дробовые и осколочные, колото – резанные.

3. Сочетания закрытых и открытых повреждений.

б) Селезенка. Травма селезенки является одним из наиболее частых видов повреждений. Закрытая травма селезенки возникает вследствие прямого удара в область левого подреберья, сдавления нижних отделов грудной клетки, силы инерции (падение с высоты). При закрытой травме груди встречаются повреждения селезенки отломками ребер. Разрыв капсулы селезенки с опорожнением подкапсулярной гематомы и кровотечением в брюшную полость возникает на 3-7-е сутки после травмы. Известны случаи более позднего возникновения вторичного разрыва.

в) Поджелудочная железа. Открытые и закрытые повреждения поджелудочной железы в силу её анатомического положения встречаются редко. Закры-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-103-
--	--	---	-------

тые повреждения чаще всего возникают в результате прямого удара в живот рулевым колесом автомобиля при его столкновении. Кроме того, они встречаются при падении с высоты, чрезмерном и быстром сгибании и разгибании позвоночника.

В подавляющем большинстве наблюдений травма поджелудочной железы сочетается с повреждением двенадцатиперстной кишки, печени, селезенки.


В оценке тяжести повреждения следует учитывать и анатомическую локализацию травмы: головка, тело, хвост. Наиболее тяжелыми являются повреждения головки поджелудочной железы.

г) Желудок. Открытые повреждения желудка чаще всего встречаются при торакоабдоминальных ранениях. Это связано с тем, что большая часть органа спереди находится под защитой реберного каркаса, а сверху непосредственно прилегает к диафрагме. При этом нередко одновременно происходит ранение левой доли печени или селезенки.

Закрытые повреждения возникают при сильном ударе в эпигастральную область, падении с высоты. Переполнение желудка пищей приводит к гидродинамическому удару и способствует разрыву его стенки.

Различают ушибы, разрывы, размозжение стенки органа и полный отрыв желудка. Считается, что передняя стенка желудка подвержена разрывам, задняя размозжению. Крайне редко наблюдается полный отрыв желудка от пищевода, или желудка от двенадцатиперстной кишки.

д) двенадцатиперстная кишка. Изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки в силу её анатомического положения чрезвычайно редки, даже ножевые ранения двенадцатиперстной кишки часто сочетаются с ранением головки поджелудочной железы, верхней брыжеечной артерии, нижней полой вены, правой почки. Огнестрельные ранения и закрытая травма живота приводят к обширным разрушениям как двенадцатиперстной кишки, так и окружающих органов.


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-104-
--	--	--	-------

Повреждение забрюшинно расположенных отделов двенадцатиперстной кишки, как правило сопровождаются возникновением гематомы, которая очень быстро приводит к флегмоне забрюшинной клетчатки.

е) Тонкая кишка. Повреждения тонкой кишки – самый частый вид травмы органов брюшной полости. Наличие в просвете кишки газа и жидкого содержимого способствует возникновению гидродинамического удара с повреждением стенки органа, иногда на довольно значительном повреждении. Закрытая травма живота, приводит чаще всего к одиночному разрыву петли тонкой кишки. В местах фиксации чаще возникают отрывы участка кишки от брыжейки с внутрибрюшным кровотечением и последующим некрозом кишки. Также при других видах повреждения тонкой кишки может произойти разможнение тонкой кишки, ушибы в виде кровоизлияний.

ж) Толстая кишка. Меньшая, по сравнению с тонкой кишкой, протяженность, относительная защищенность восходящей, нисходящей ободочной и прямой кишки, обуславливают более редкие повреждения толстой кишки. Чаще повреждаются подвижные её отделы – поперечная ободочная и сигмовидная ободочная. Причины и механизм закрытых повреждений толстой кишки примерно такие же, что и тонкой кишки. Особенность течения клиники, выражающаяся в раннем развитии перитонита или флегмоны забрюшинной клетчатки, имеет большое, если не решающее значение в определении хирургической тактики. Особую группу составляют повреждения прямой кишки при случайном или преднамеренном введении инородных тел и сжатого газа через заднепроходное отверстие, при постановке клизм. Все повреждения прямой кишки делят на внутрибрюшные и забрюшинные.

з) Сосуды брюшной полости и забрюшинного пространства. Любое повреждение брюшной полости и забрюшинного пространства, естественно, сопровождается нарушением целостности кровеносных сосудов. Наиболее частым вариантом изолированного ранения кровеносных сосудов брюшной полости является

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-105-</p>
--	---	--	--------------

ранение большого сальника. Любое повреждение забрюшинно-расположенного органа, кровеносного сосуда сопровождается кровоизлиянием в рыхлую забрюшинную клетчатку. Кровопотеря в забрюшинную клетчатку может достигать нескольких литров.

и) Повреждение органов мочевой системы. Принято различать:

1. Повреждение почек без нарушения капсулы;
2. Повреждения непроникающие в чашечно-лоханочную систему, с образованием околопочечной гематомы;
3. Разрывы чашечно-лоханочной системы с образованием урогематомы;
4. Размозжение почки и повреждение её магистральных сосудов.

Ножевые ранения мочевого пузыря встречаются относительно редко. Внебрюшинные ранения мочевого пузыря и прямой кишки встречаются при падении на острые предметы, в случаях огнестрельных ранений. При закрытой травме живота наблюдаются внебрюшинные и внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря, механизм которых различен.

4. Диагностика

Сложность диагностики повреждений живота, особенно закрытых, обусловлена стертой клинической картиной, разнообразием одновременных повреждений органов брюшной полости наличием сочетанной травмы. Большинство пострадавших поступают в состоянии шока, изменяющего клиническую картину повреждений внутренних органов.

а) клиническая диагностика.

Осмотр. Описание ран по признакам:

1. Локализация раны по отношению к общепринятым анатомическим ориентирам.
2. размеры её в см.
3. Конфигурация



4. Направление раны
5. Характер краёв
6. Состояние кожи вокруг раны, с указанием распространённости изменений.
7. Наличие кровотечения.

Жалобы. Основной жалобой пострадавших является боль в животе различной локализации, интенсивности и иррадиации. Следует подчеркнуть, что в некоторых случаях боль в области травмы отсутствует или может быть незначительной, в то время как боль в зоне характерной иррадиации является довольно сильной. Так же жалобы на тошноту, рвоту, задержку стула и газов, нарушение мочеиспускания, гематурию, тенезмы, выделение крови из прямой кишки. Так же жалобы, связанные с кровопотерей: резкая слабость, головокружение, холодный пот, нарушение зрения, периодическая потеря сознания.

Анамнез. Тщательный сбор анамнеза, обстоятельств, связанных с травмой, может дать многое для установления характера повреждения, особенно при закрытой травме живота.

Объективное обследование. Заслуживает внимания та вынужденная поза, которую пострадавший старается сохранять и изменение которой приводит к резкому усилению боли. Осмотр брюшной стенки начинают с определения характера дыхательных экскурсий нижних отделов грудной клетки и живота. При осмотре живота можно обнаружить ссадины, кровоподтеки и кровоизлияния. Используют методы пальпации, перкуссии и аускультации. Так же пальцевое исследование прямой кишки.

б) Методы исследования. Лабораторные методы исследования: клинические анализы крови и мочи, исследование жидкости, полученной из брюшной полости.

Инструментальные методы диагностики. Обязательны такие лечебные мероприятия, как проведение зонда в желудок и катетеризация мочевого пузыря.



Лапароцентез производят пострадавшим с неясной клинической картиной, при подозрении на повреждение органов брюшной полости.

Лапароскопия привлекает многих хирургов своей возможностью в значительном числе наблюдений без оперативного вмешательства установить точный топический диагноз.

Рентгенологические методы диагностики. Используют как безконтрастные, так и контрастные методы исследования. Обзорная рентгенография является быстрым, щадящим и достаточно информативным методом исследования при травме живота. К рентгеноконтрастным методам относится гастрография, цистография, экскреторная урография, ретроградная пиелография и вальнулография. Особое место занимает ангиография.

Так же используются радиоизотопные методы диагностики, ультразвуковая диагностика.


5. Помощь на догоспитальном этапе.

Скорейшая госпитализация, наложение асептической повязки, выпавшие органы не вправлять. При открытых повреждениях можно вводить анальгетики. При закрытой травме - противопоказаны. Нельзя пить. В/В введение полиглюкина, желатиноля, и начать противошоковую терапию.

6. Оперативное лечение: принципы, этапы операции.

Все больные с повреждением живота подлежат хирургическому вмешательству. Некоторые больные с закрытой травмой живота, не сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением или разрывом полого органа, подлежат консервативному лечению. При отсутствии явных признаков (кровотечения) проникающего ранения производят ПХО раны.

Этапы операции: остановка кровотечения, ревизия органов, реинфузия крови, вмешательство на поврежденные органы, промывание брюшной полости, её дренирование, дренирование забрюшинной клетчатки и ушивание лапаротом-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-108-
---	--	---	-------

ной раны. Затем ушивание прочих ран брюшной стенки (при множественных ранах).

7. Послеоперационный период.

Различают ближайший и отдаленный операционный период. Ближайший представляет собой период от момента окончания операции до выписки больного. Ближайший период делят на 2 стадии: 1 стадия – 2-3 суток. В этой стадии показано применение болеутоляющих и спазмолитических средств, постельный режим, запрещение приема пищи. 2 стадия – с 3-4-х до 7-9 суток. В этот период показано применение стимулирующей терапии, расширение диеты и режима. На 8-10-е сутки снимают швы. Строго – мониторинг (ЧСС, АД, ЧДД, t° , ЦВД и т.д.).


Необходимо соблюдать постельный режим, выполнять лечебную гимнастику; употреблять в пищу продукты в рамках диеты; проводятся инфузионная терапия и парентеральное питание; так же при необходимости введение обезболивающих средств; контроль функции мочеотделения; проводится борьба с парезом ЖКТ, контроль за состоянием раны; контроль за микроирригаторами и дренажами.

8. Послеоперационные осложнения.

Кровотечение из раны, внутреннее кровотечение, ЖК кровотечение, вторичные кровотечения из краев раны, расхождение краев раны, инфицирование раны, несостоятельность швов, послеоперационная пневмония, тромбофлебит.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

1. Закрытая травма живота: клиника, диагностический алгоритм, лечение.
2. Закрытая травма живота: место малоинвазивных технологий в диагностическом алгоритме и лечении.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-109-
--	--	---	-------

3. Тупая травма живота с повреждением селезенки: клиника, диагностика, лечение.

4. Тупая травма живота с повреждением печени: клиника, диагностика, лечение.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>


Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс ,

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-110-
--	--	--	-------

2007 . - 352с.


5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

6. Коханенко Н. Ю. Неотложная хирургия органов брюшной полости : учеб. пособие [Печатный текст] / Коханенко Н. Ю., Ананьев Н. В., Латария Э. Л. и др. ; под ред. В. В. Левановича . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2007 . - 285 с.

7. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей [Печатный текст] / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов и др. . - СПб : Гиппократ , 2002 . - 512с.

Вопросы для самоконтроля:

1. Классификация повреждений живота.
2. Частота повреждений внутренних органов при закрытой травме живота.
3. Тактика врача на догоспитальном и госпитальном этапах при подозрении на закрытую травму живота.
4. Основные симптомы повреждения передней брюшной стенки.
5. Основные симптомы повреждения полых органов живота — кишечника, желудка, мочевого пузыря.
6. Основные симптомы забрюшинного повреждения 12-перстной кишки до операции и во время операции.
7. Основные симптомы внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.
8. Основные симптомы повреждения паренхиматозных органов. Понятие о двухфазных повреждениях. Ранние и поздние двухфазные разрывы.
9. Какие дополнительные методы исследования применяются при закрытой травме живота?
10. Какие операции применяются при внутрибрюшинном и забрюшинном повреждении 12-перстной кишки?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-III-</p>
--	---	--	--------------

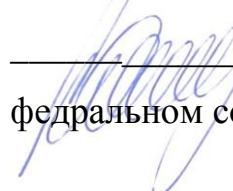
11. Какие операции применяются при внутрибрюшинном и внебрюшинном повреждениях мочевого пузыря?

12. Какие операции применяются при травме селезенки?

13. Какие операции применяются при повреждении тонкой и толстой кишки, желудка?

14. Какие операции применяются при повреждении поджелудочной железы?

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Тупые травмы живота (часть 2)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.
2. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.
3. Тактика ведения больных с тупыми травмами живота.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.



2. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.
3. Научить распознавать основные клинические проявления и осложнения повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости.
4. Научить тактики ведения больных с тупыми травмами живота.

Формируемые понятия:

1. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений паренхиматозных органов живота.
2. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения повреждений мочевого пузыря.
3. Уметь дифференцировать основные клинические проявления и осложнения повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости.
4. Уметь разрабатывать алгоритм ведения и лечения больных с тупыми травмами живота.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Отличительной чертой закрытой травмы является отсутствие раны на брюшной стенке. Более чем у 5% пострадавших возникают тяжелые поражения внутренних органов. В мирное время закрытая травма живота составляют 1,5% по отношению к общему числу повреждений. Знание клиники тупых травм живота, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

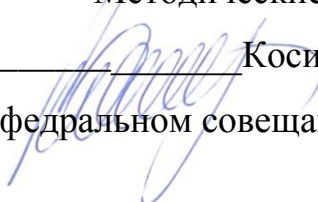
Вопросы для самоконтроля.

1. Какие дополнительные методы исследования применяются при закрытой травме живота?



2. Какие операции применяются при внутрибрюшинном и забрюшинном повреждении 12-перстной кишки?
3. Какие операции применяются при внутрибрюшинном и внебрюшинном повреждениях мочевого пузыря?
4. Какие операции применяются при травме селезенки?
5. Какие операции применяются при повреждении тонкой и толстой кишки, желудка?
6. Какие операции применяются при повреждении поджелудочной железы?

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.


 Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Заболевания толстой кишки (часть 1)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Анатомия и физиология толстой кишки.
2. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение болезни Гиршпрунга.
3. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение неспецифического язвенного колита.
4. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение дивертикулов и дивертикулёза.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-114-</p>
--	---	--	--------------

5. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение полипов и полипоза толстой кишки.

Целевая установка:

1. Разобрать анатомию и физиологию толстой кишки.
2. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, диагностику и лечение болезни Гиршпрунга, неспецифического язвенного колита, дивертикулов и дивертикулёза, полипов и полипоза толстой кишки.
3. Научить дифференциальной диагностике заболеваний толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной и грудной полостей.

Формируемые понятия:

1. Знать анатомию и физиологию анатомию и физиологию толстой кишки
2. Знать этиологию, патогенез, патоморфологию диагностику и лечение болезни Гиршпрунга, неспецифического язвенного колита, дивертикулов и дивертикулёза, полипов и полипоза толстой кишки.
3. Уметь дифференциальной диагностике заболеваний толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной и грудной полостей.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Толстая кишка (intestinum grassum) включает слепую кишку (сесум), восходящую ободочную (colon ascendens), поперечную ободочную (colon transversuni), нисходящую ободочную (colon descendens), сигмовидную ободочную (colon sigmoidetim) и прямую (rectum) кишку. Длина ободочной кишки 1-2 м, диаметр 4-6 см. Знание клиники заболеваний толстой кишки, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Блок информации.



Неспецифический язвенный колит — хроническое заболевание воспалительной природы неустановленной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями (сужение, перфорация, кровотечения, сепсис и др.).

Эпидемиология

На долю язвенного колита, по данным зарубежных статистик, приходится от 4,9 до 10,9 на 10 000 стационарных больных, а в нашей стране — 7 больных на 10 000 госпитализированных. В странах Западной Европы частота этого заболевания колеблется от 40 до 80 на 100 000 населения. Женщины болеют язвенным колитом в полтора раза чаще мужчин.

Этиология и патогенез

Причиной язвенного колита в разное время предположительно считались вирусы, бактерии, различные цитоплазматические токсины. Предполагается аутоиммунный механизм формирования патоморфологических изменений, связанный с появлением антител к слизистой оболочке толстой кишки, приобретающей антигенные свойства.

Классификация

Клинические варианты язвенного колита разнообразны.

Примерная формулировка диагноза:

1. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение, средней тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения.
2. Неспецифический язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки, токсическая дилатация кишки, септицемия.
3. Неспецифический язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая форма с латентным течением, фаза ремиссии.




Диагноз

В типичных случаях диагностика неспецифического язвенного колита не представляет больших трудностей. Заболевание характеризуется частым жидким стулом с кровью и слизью, повышением температуры тела, схваткообразной болью в животе. При ректороманоскопии выявляется отечная, легко ранимая прямая кишка. В просвете кишки значительное количество крови и слизи вследствие диффузной кровоточивости кишечной стенки. Для постановки правильного диагноза достаточно ректороманоскопии. Колонофиброскопия проводится после стихания острых симптомов с целью уточнения протяженности патологического процесса. При рентгенологическом исследовании толстой кишки (ирригоскопия) определяют исчезновение гаустраций, утолщение и неровность стенки кишки, сужение просвета с супрастенотическим расширением, полиповидные образования (псевдополипы), укорочение кишки. С помощью рентгенологического исследования оценивается протяженность патологического процесса и его тяжесть. У больных с легким течением неспецифического язвенного колита перечисленные выше признаки могут отсутствовать. При многолетнем анамнезе и прогрессирующем течении ряд рентгенологических симптомов может иметь много общего с опухолью толстой кишки (сужение просвета, наличие дефектов наполнения при псевдополипозе). В этих случаях обязательно эндоскопическое и гистологическое исследование.

При пальпации петли толстой кишки тестоватой консистенции из-за резкого снижения тонуса, пальпация сопровождается шумом плеска. Живот вздут. Лечение при неспецифическим язвенным колитом во многом схоже с таковым при болезни Крона, поэтому ниже будут изложены лишь особенности патогенетической терапии сульфаниламидными и кортикостероидными препаратами.

Сульфасалазин эффективен при лечении легких и средней тяжести форм язвенного колита. Обычная терапевтическая доза 3 г/сут может быть увеличена при отсутствии эффекта до 6—8 г в день. Препарат назначают на срок до 4 нед., затем

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-117-
--	--	---	-------

дозу снижают до поддерживающей (1,5—0,5 г в день) и ее больной получает обычно длительное время с целью предупреждения рецидивов болезни. Применение сульфасалазина ограничивают побочные эффекты, особенно при длительном его назначении. К ним относятся головная боль, кожные высыпания, лейкопения и диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита). При левосторонней локализации язвенного колита часть препарата можно вводить в виде микроклизм, содержащих от 1,5 до 3 г сульфасалазина. Клизмы назначают ежедневно на ночь.


Салазопиридазин оказывает аналогичное терапевтическое действие в дозе 2 г/сут. Назначают его в этой дозе на протяжении 3—4 нед., затем дозу последовательно снижают до 1,5—0,5 г в день в течение следующего месяца.

Кортикостероиды относятся к препаратам резерва при неспецифическим язвенным колитом. Применяют гидрокортизон и преднизолон или их аналоги. Назначают эти препараты больным, которым с помощью сульфасалазина не удастся прервать острую фазу болезни, а также при тяжелом течении неспецифическим язвенным колитом. Преднизолон назначают по 40 мг в день в течение месяца в случае тяжелого течения, при менее тяжелом течении доза может быть уменьшена вдвое, но в комбинации с введением одновременно гидрокортизона в микроклизме по 125 ЕД один раз в день.

Гидрокортизон целесообразно назначать также в период снижения гормональной терапии для предупреждения синдрома отмены.

При одновременном применении сульфасалазина и преднизолона необходимо придерживаться правила: по мере снижения дозы преднизолона постепенно увеличивать дозу сульфасалазина, которая в период оптимальной дозы гормонального препарата должна быть 1,5—2 г.

Больным с анемией назначают препараты железа (феррум Лек, ферроплекс, конферон и др.), витамин В и по 200 мкг через день и фолиевую кислоту по 5 мг/сут. Продолжительность курса 30 дней.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-118-
---	--	---	-------

При неспецифическим язвенным колитом применяют также весь комплекс симптоматической терапии, используемой при хронических энтеритах и болезни Крона, для устранения нарушений моторики, всасывания и других функций кишечника.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству служат перфорация кишки, септическое состояние, связанное с острой токсической дилатацией толстой кишки, а также профузное кровотечение.

В отсроченном оперативном вмешательстве нуждаются больные с неэффективным консервативным лечением в случае тяжелого течения неспецифическим язвенным колитом, при повторных массивных кровотечениях.

Относительным показанием к хирургическому лечению (резекции толстой кишки в пределах здоровых тканей) служит прогрессирующее рецидивирующее течение язвенного колита, несмотря на комплексную медикаментозную терапию.


Больные неспецифическим язвенным колитом нуждаются в динамическом наблюдении гастроэнтеролога поликлиники. При легком течении болезни трудоспособность должна быть существенно ограничена (противопоказан тяжелый физический труд и работа, связанная с повышенными нервно-психическими нагрузками). При более тяжелых формах больные нетрудоспособны.

Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным сегментарным распространением воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений.

Эпидемиология.

В последнее время в экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости язвенным колитом и болезнью Крона. Первичная заболеваемость болезнью Крона составляет 2—4 человека на 100 000 населения в год, распространенность — 30-50 случаев на 100 000 населения.

Этиология и патогенез.


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-119-
--	--	--	-------

В настоящее время нет единого взгляда на этиологию воспалительных заболеваний кишечника. Продолжается дискуссия на тему, являются ли язвенный колит и болезнь Крона двумя самостоятельными нозологическими формами, относящимися к группе воспалительных заболеваний кишечника, или же это различные клинико-морфологические варианты одного и того же заболевания.

Одним из существенных микроскопических отличий болезни Крона от язвенного колита является распространение воспалительного инфильтрата на все слои кишечной стенки (трансмуральный характер воспаления). При этом в большинстве случаев сохраняются архитектура крипт и обычное количество бокаловидных клеток. Однако в краях язв в слизистой оболочке строение крипт нарушается и бокаловидные клетки почти полностью исчезают, что придает этим изменениям сходство с таковыми при язвенном колите. Другим своеобразным отличительным признаком воспаления при болезни Крона является неравномерная плотность инфильтрата собственной пластинки слизистой оболочки: в окружности нескольких крипт инфильтрат густой, а рядом он отсутствует или выражен слабо. В инфильтрате преобладают лимфоциты, в несколько меньшем количестве определяются плазматические клетки, эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичные. Для болезни Крона характерно наличие гранул, однако они обнаруживаются при микроскопическом исследовании сравнительно редко (даже в операционном материале менее чем в 50% случаев). Гранулемы при болезни Крона очень напоминают таковые при саркоидозе, поэтому их называют саркоидными. Типичные гранулемы располагаются изолированно и не образуют крупных конгломератов. Они состоят из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова—Лангханса, окруженных поясом из лимфоцитов, не имеют четких границ, и вокруг них не образуется фиброзный ободок, характерный для саркоидоза.

Клиника.


Болезнь Крона отличается от язвенного колита не только большим морфологическим, но и клиническим разнообразием. Клинические симптомы при бо-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-120-
--	--	--	-------

лезни Крона широко варьируют в зависимости от локализации и протяженности поражения, стадии заболевания, наличия или отсутствия осложнений. Это затрудняет создание классификации, основанной на анализе клинической картины заболевания. Существующие классификации характеризуют, в основном, локализацию воспалительного процесса в желудочно-кишечном тракте, но не отражают многообразия клинического течения болезни Крона. Зарубежные специалисты чаще всего пользуются классификацией Vocus (1976), согласно которой выделяют семь форм болезни Крона: 1-я — еунит, 2-я — илеит, 3-я — еуноилеит, 4-я — энтероколит, 5-я — гранулематозный колит, 6-я — поражение анальной области, 7-я — панрегиональное поражение кишечника с вовлечением верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудка, двенадцатиперстной кишки).

Изолированное поражение тонкой кишки наблюдается в 25-30% случаев болезни Крона, илеоколит — в 40—50 % и изолированное поражение толстой кишки — в 15—25%. Среди пациентов с болезнью Крона, у которых имеется поражение тонкой кишки, терминальный отрезок подвздошной кишки вовлечен в процесс приблизительно у 90%. Почти у двух третей пациентов с этой патологией отмечается в той или иной степени вовлечение в процесс толстой кишки. Несмотря на то что воспаление в прямой кишке выявляется при болезни Крона у 11—20% больных, аноректальные поражения (анальные трещины, свищи, абсцессы и т. д.) встречаются гораздо чаще — в 30—40% случаев. Редко при этом заболевании поражается пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка — всего у 3—5% больных.

При болезни Крона могут поражаться любые участки желудочно-кишечного тракта — от полости рта до ануса. Тем не менее в подавляющем большинстве случаев патология вначале возникает в подвздошной кишке и затем распространяется на другие отделы желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто поражается илеоцекальный отдел. Клиническая картина острых илеитов имеет большое сходство с острым аппендицитом, и поэтому больные обычно подвергаются лапа-


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-121-
--	--	--	-------

ротомии. В клинической картине болезни Крона можно выделить местные и общие симптомы, а также внекишечные проявления заболевания.

Местные симптомы включают боль в животе, диарею, кровотечение и обусловлены поражением желудочно-кишечного тракта. В качестве местных осложнений болезни Крона рассматриваются анальные и перианальные поражения (свищи прямой кишки, абсцессы в параректальной клетчатке, анальные трещины), стриктуры различных отделов кишечника, инфильтраты и абсцессы в брюшной полости, наружные и внутренние свищи. К осложнениям, связанным с патологическим процессом в кишечнике, относят также токсическую дилатацию толстой кишки, перфорацию и массивное кишечное кровотечение. Осложнения болезни Крона в основном обусловлены трансмуральным характером поражения стенки кишки и анального канала.

Диарея наблюдается у 90% больных и обычно бывает менее тяжелой, чем при язвенном колите. При вовлечении в процесс только тонкой кишки частота стула колеблется от 2 до 5 раз в день, а в случаях энтероколитов — от 3 до 10 раз. Консистенция кала чаще кашицеобразная, чем жидкая. Анальные и перианальные поражения характеризуются вялотекущими парапроктитами, многочисленными анальными трещинами и свищами. Перианальные поражения могут встречаться как изолированно, так и в сочетании с поражениями кишечника, особенно толстой кишки. Анальные трещины при болезни Крона отличаются вялым течением и медленной регенерацией. Обычно это широкие с подрытыми краями белесоватые язвы-трещины на фоне отечных, багрово-синюшных перианальных тканей. Свищи прямой кишки формируются в результате самопроизвольного или оперативного вскрытия перианальных или ишиоректальных абсцессов.

Осложнения. Кишечные кровотечения более характерны для язвенного колита, чем для болезни Крона. Источником кровотечений при болезни Крона являются глубокие язвы-трещины кишечной стенки на каком-либо ее участке. Массивные кишечные кровотечения, которые рассматриваются как осложнение забо-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-122-
--	--	--	-------

левания, отмечаются у 1—2% больных. Обычно массивное кровотечение более характерно для поражения толстой кишки, однако описаны случаи повторных кровотечений из пораженных болезнью Крона пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. При наличии продолжающегося массивного кровотечения, не купирующегося гемотрансфузиями и другими гемостатическими средствами, желательно выполнить мезентериальную ангиографию для уточнения локализации источника кровотечения. При наличии мелены требуется исключить обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода вследствие портальной гипертензии, опухоли гастродуоденальной области. При локализации источника кровотечения в тонкой или толстой кишке необходимо проводить дифференциальный диагноз с язвенным колитом, ишемическим колитом, ангиодисплазиями, раком, геморроем.

Перфорация в свободную брюшную полость — также более характерное осложнение для язвенного колита, чем болезни Крона. Симптомы острого живота бывают, как правило, смазаны гормональной терапией. Наличие свободного газа в брюшной полости на обзорной рентгенограмме определяется не всегда. Диагноз окончательно подтверждается немедленной лапаротомией. Большинство перфораций располагается на стороне, противоположной брыжеечному краю кишки.

Токсическая дилатация при болезни Крона наблюдается крайне редко. Как правило, ее развитие провоцируется приемом антидиарейных препаратов, ирриго- или колоноскопией, инфекцией или связано с поздней диагностикой заболевания.

Инфильтраты и абсцессы в брюшной полости нередко наблюдаются при болезни Крона с преимущественной локализацией процесса в правой подвздошной области. Высокая частота данного осложнения диктует необходимость вносить болезнь Крона в дифференциально-диагностический ряд наряду с аппендикулярным инфильтратом, раком и туберкулезом при правосторонней локализации, раком и дивертикулитом при левостороннем расположении.



Поражение тонкой кишки приводит к развитию синдрома мальабсорбции, иногда доминирующего в клинической картине болезни Крона. Стеаторея может способствовать повышенной кишечной абсорбции оксалатов и приводить к образованию оксалатных конкрементов в почках. Они выявляются у 5—10 % пациентов с болезнью Крона тонкой кишки.


Нарушение всасывания витамина D и дефицит кальция могут способствовать развитию остеопороза и остеомаляции.

Внекишечные проявления при болезни Крона аналогичны таковым при язвенном колите. Атака болезни может сопровождаться развитием острой артропатии, сакроилеита, эписклерита и переднего увеита, узловатой эритемы, гангренозной пиодермии. У 10 % больных в активной стадии заболевания в полости рта выявляются афтозные язвы.

Тяжесть атаки болезни Крона чаще всего оценивается в соответствии с критериями активности, предложенными в 1976 г. W. R. Best.

Легкая форма болезни Крона соответствует 150—300 баллам, среднетяжелая — 301-450 и тяжелая — свыше 450 баллов. При клинической ремиссии заболевания индекс активности составляет менее 150 баллов.

Ведущим рентгенологическим симптомом болезни Крона является сужение пораженного участка кишки. Степень сужения прямо пропорциональна давности заболевания. В отдельных случаях кишка суживается неравномерно и эксцентрично. Гаустры в недалеко зашедших случаях сглаживаются и принимают неправильную форму, при прогрессировании процесса они исчезают вовсе. Контуры пораженного участка кишки чаще всего бывают мелко- или крупнозубчатые и лишь изредка ровные и четкие. Иногда на контуре кишки имеются весьма характерные для болезни Крона остроконечные спиколоподобные выступы, которые являются отражением поперечно расположенных и глубоко проникающих в стенку кишки щелевидных изъязвлений — фиссур. У некоторых больных последние могут пенетрировать через серозный покров и образовывать внутрибрюшные

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-124-
--	--	--	-------

свищи. В ряде случаев язвы при болезни Крона распространяются в глубину стенки кишки и как бы подмывают ее внутренний слой. В рентгеновском изображении этот патологический процесс обуславливает возникновение своеобразной картины в виде «шляпок гвоздей», располагающихся правильными рядами по контурам кишки. Кроме сужения наблюдается также укорочение отдельных отрезков толстой кишки. При вовлечении в патологический процесс прямой кишки размер ее значительно уменьшается, изгибы сглаживаются, ретроректальное пространство увеличивается. Весьма характерным при болезни Крона считается чередование пораженных фрагментов кишки с нормальными.

Рентгенологические изменения слизистой оболочки при болезни Крона характеризуются крупно- или мелкоячеистой структурой внутренней поверхности кишки. На фоне перестроенного рельефа слизистой могут обнаруживаться различные по величине стойкие контрастные пятна — отражение язв и эрозий.

При двойном контрастировании более отчетливо определяются сужение пораженного участка кишки, неровность его контуров, псевдодивертикулярные выпячивания, ригидность стенок, резкая граница между пораженными и нормальными тканями. Если кишка раздувается нерезко, бывает отчетливо виден пневморельеф внутренней ее поверхности, который, как правило, имеет ячеистую или пористую структуру. Большие псевдополипозные разрастания на фоне воздуха дают картину пристеночно расположенных дополнительных теней, иногда в виде цепочки.

Эндоскопическая картина при болезни Крона характеризуется наличием афтоидных язв на фоне неизменной слизистой оболочки. По мере прогрессирования процесса язвы увеличиваются в размерах, принимают линейную форму. Чередование островков сохранившейся слизистой оболочки с глубокими продольными и поперечными язвами-трещинами создает картину «булыжной мостовой».

Лечение осложнений.



Кровотечение при болезни Крона редко бывает профузным, поэтому гемостатические препараты и гемотрансфузия обычно оказываются эффективными.

При перфорации или подозрении на нее показано экстренное оперативное вмешательство.

Токсическая дилатация. При отсутствии признаков перфорации в свободную брюшную полость и перитонита тактика ведения начинается с консервативных мероприятий. Больной прекращает прием жидкости, пищи и лекарственных препаратов. Проводится аспирация содержимого желудка через назогастральный зонд.

Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение болезни Крона, в отличие от язвенного колита, не носит радикальный характер, так как гранулематозное воспаление может развиваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта. Целями хирургического лечения при болезни Крона являются борьба с осложнениями и улучшение качества жизни пациентов, когда этого невозможно достичь медикаментозными средствами. Вместе с тем до 70 % пациентов с болезнью Крона в течение жизни подвергаются тому или иному оперативному вмешательству — от вскрытия парапроктита до обширных резекций кишечника. Непрерывное течение заболевания, вероятность тяжелых рецидивов вынуждают проводить длительную послеоперационную медикаментозную терапию во избежание необходимости повторных операций. Повторные резекции кишки при болезни Крона несут опасность развития синдрома короткой кишки, глубоких нарушений процессов пищеварения. Показаниями к операции при болезни Крона служат рубцовый стеноз и формирование наружных кишечных свищей. Вследствие воспаления какого-либо сегмента кишки первоначально развивается его сужение, которое при резистентности к консервативной терапии трансформируется в рубцовый стеноз. Показатель такого перехода — появление супрастенотического расширения проксимальных отделов, что



является признаком декомпенсации сократительной способности кишечной стенки и предвестником развития obturatorной кишечной непроходимости.

При болезни Крона тонкой кишки выполняют либо резекцию пораженного отдела, либо стриктуропластику. Выбор метода операции определяется протяженностью поражения кишки. Стриктуропластика возможна лишь при небольших стриктурах до 4—5 см.

При сегментарном поражении выполняют резекцию сегмента толстой кишки по тем же правилам, что и резекцию тонкой кишки. При наличии свищей с перифокальным воспалением операцию проводят в два этапа или более, заканчивая первый этап наложением стомы. При перианальных осложнениях с наличием гнойных затеков необходимо наряду с вмешательством со стороны промежности выполнить операцию отключения — сигмостомию либо илеостомию в зависимости от распространенности поражения ободочной кишки. Закрывают кишечную стому через 2—12 мес. При перианальных осложнениях (свищи) без выраженного воспалительного компонента и одновременной ремиссией процесса в толстой кишке можно выполнить иссечение свища без операции отключения при обязательном проведении медикаментозной противорецидивной терапии.

При ограниченных сужениях толстой кишки обязательна интраоперационная биопсия с целью исключения злокачественного поражения.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

1. Этиология, клиника, диагностика и лечение болезни Гиршпрунга.
2. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение болезни Крона.
3. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение болезни Гиршпрунга.
4. Классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита.
5. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний и рака толстой кишки.



Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012 . - 400 с., 600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.


2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>


Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое неспецифический язвенный колит?
2. Теория, являющаяся ведущей в объяснении патогенеза неспецифического язвенного колита.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-128-
---	--	---	-------

3. Патоморфологические изменения в кишках при неспецифическом язвенном колите.
4. Классификация неспецифического язвенного колита.
5. Особенности течения неспецифического язвенного колита.
6. Основные клинические признаки неспецифического язвенного колита.
7. Объективные данные при исследовании живота у больного неспецифическим язвенным колитом.
8. Изменения в формуле крови при неспецифическом язвенном колите.
9. Эндоскопическая картина неспецифического язвенного колита.
10. Типичные рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита.
11. Характеристика прогрессирующей формы неспецифического язвенного колита. Летальность при этой форме заболевания.
12. Клинические особенности хронической, прогрессирующей формы неспецифического язвенного колита.
13. Осложнения местного характера, возникающие при неспецифическом язвенном колите.
14. Осложнения общего характера, развивающиеся при неспецифическом язвенном колите.
15. Дифференциальная диагностика при предполагаемом неспецифическом язвенном колите.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

—  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов**



педиатрического факультета по теме:

Заболевания толстой кишки (часть 2)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение дивертикулов и дивертикулёза.
2. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика и лечение полипов и полипоза толстой кишки.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, диагностику и лечение болезни Гиршпрунга, неспецифического язвенного колита, дивертикулов и дивертикулёза, полипов и полипоза толстой кишки.
2. Научить дифференциальной диагностике заболеваний толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной и грудной полостей.

Формируемые понятия:

1. Знать этиологию, патогенез, патоморфологию диагностику и лечение болезни Гиршпрунга, неспецифического язвенного колита, дивертикулов и дивертикулёза, полипов и полипоза толстой кишки.
2. Уметь дифференциальной диагностике заболеваний толстой кишки с другими заболеваниями органов брюшной и грудной полостей.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Толстая кишка (intestinum grassum) включает слепую кишку (сесум), восходящую ободочную (colon ascendens), поперечную ободочную (colon transversuni), нисходящую ободочную (colon descendens), сигмовидную ободочную (colon sigmoidetim) и прямую (rectum) кишку. Длина ободочной кишки 1-2 м, диаметр 4-6 см. Знание клиники заболеваний толстой кишки, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению



трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое неспецифический язвенный колит?
2. Теория, являющаяся ведущей в объяснении патогенеза неспецифического язвенного колита.
3. Патоморфологические изменения в кишках при неспецифическом язвенном колите.
4. Классификация неспецифического язвенного колита.
5. Особенности течения неспецифического язвенного колита.
6. Основные клинические признаки неспецифического язвенного колита.
7. Объективные данные при исследовании живота у больного неспецифическим язвенным колитом.
8. Изменения в формуле крови при неспецифическом язвенном колите.
9. Эндоскопическая картина неспецифического язвенного колита.
10. Типичные рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита.
11. Характеристика прогрессирующей формы неспецифического язвенного колита. Летальность при этой форме заболевания.
12. Клинические особенности хронической, прогрессирующей формы неспецифического язвенного колита.
13. Осложнения местного характера, возникающие при неспецифическом язвенном колите.
14. Осложнения общего характера, развивающиеся при неспецифическом язвенном колите.
15. Дифференциальная диагностика при предполагаемом неспецифическом язвенном колите.
16. Объем консервативного лечения неспецифического язвенного колита.



17. Препараты, применяемые с целью получения противовоспалительного и антибактериального эффекта.
18. Формы неспецифического язвенного колита, подлежащие консервативному лечению.
19. Абсолютные показания к оперативному вмешательству при неспецифическом язвенном колите.
20. Относительные показания к операции при неспецифическом язвенном колите.
21. Объем радикальных операций при неспецифическом язвенном колите.
22. Что такое болезнь Крона?
23. Факторы, предрасполагающие к болезни Крона.
24. Морфологические изменения, возникающие при болезни Крона.
25. Изменения, возникающие в кишке при хроническом течении болезни Крона.
26. Формы течения болезни Крона.
27. Стадии клинического течения болезни Крона.
28. Клинические проявления у больных острой формой болезни Крона.
29. Дифференциальная диагностика болезни Крона.
30. Изменения, определяемые во время операции при острой форме болезни Крона.
31. Динамика течения хронической формы болезни Крона.
32. Изменения, определяемые при рентгенологическом исследовании кишок.
33. Осложнения, развивающиеся при болезни Крона.
34. Изменения в других органах и системах при болезни Крона.
35. Формы болезни Крона, подлежащие консервативному лечению.
36. Показания к операции при болезни Крона.
37. Объем операции при болезни Крона.
38. Частота рецидивов после операции по поводу болезни Крона.



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.

_____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Заболевания прямой кишки (часть 1)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:


1. Этиология, патогенез и патанатомия рака прямой кишки.
2. Классификации рака прямой кишки.
3. Клиническая картина рака прямой кишки и его осложнений.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез и патанатомию рака прямой кишки.
2. Разобрать классификации рака прямой кишки и его осложнений.
3. Разобрать клинику рака прямой кишки в зависимости от его локализации.
4. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака прямой кишки.
5. Научить дифференциальной диагностике рака прямой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости.
6. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению рака прямой кишки и его осложнений.

Формируемые понятия:

1. Знать этиологию, патогенез и патоморфологию развития рака прямой кишки.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-133-
---	--	---	-------

2. Знать классификации рака прямой кишки и его осложнений.
3. Знать клинику рака прямой кишки в зависимости от локализации патологического процесса.
4. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака прямой кишки.
5. Уметь дифференцировать рака прямой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости.
6. Знать современные подходы к лечению рака прямой кишки и его осложнений.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

В структуре всех онкологических заболеваний рак прямой кишки в нашей стране находится на 8-м месте, составляя 2,5—3,5 % от всех злокачественных опухолей. Рак прямой кишки в России в среднем диагностируется с частотой 13,8 на 100 000 населения. Преимущественно заболевают люди в возрасте 50—60 лет, мужчины и женщины одинаково часто. В последние десятилетия отмечено достоверное увеличение заболеваемости раком прямой кишки, причем эта тенденция сохраняется и в настоящее время. Знание клиники рака прямой кишки, своевременная диагностика и современное лечение способствуют улучшению результатов лечения и качества жизни больных, снижению общей и послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной и экзаменационной аттестации:

1. Рак прямой кишки: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
2. Опухоли прямой кишки: патогенез, клиническое течение, дифференциальная диагностика, виды оперативных вмешательств.

Блок информации.



ПРОКТОЛОГИЯ (от греческого proktos - прямая кишка и logos - учение) - раздел медицины, изучающий вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний прямой кишки и окружающих её тканей.

ИСТОРИЯ: заболевания прямой кишки изучались врачами с древних времен; в частности, Гиппократом (460-377 гг. до н. э.); Цельсом (25 гг. до н. э. - 45 г н. э.), Авиценна (980 - 1037) и др. Однако первые руководства по проктологии были изданы только в XIX веке И.Г. Карпинским в 1870 году, а 6 годами позже в Лондоне Smith. Первое специализированное отделение было создано в 1935 году в Лондоне (госпиталь св. Марка).

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ.

Прямая кишка - терминальный отдел ЖКТ, заканчивается наружным отверстием заднепроходного канала. Её длина 15-20 см. В ней присутствуют три выраженные мышечные линии (тении). В ней выделяется два отдела: 1) **тазовый** (надпульсная часть и ампулярная часть - самый широкий и самый большой по протяжённости отдел прямой кишки). Граница между ними проходит в месте прикрепления мышцы, поднимающей задний проход; 2) **промежностный** отдел - анальный канал - 2-4 см. В анальном канале циркулярные волокна выражены особенно сильно, образуя внутренний сфинктер длиной 3-4 см и толщиной 1 см, состоит из гладкой мускулатуры. Его окружает наружный сфинктер, состоящий из поперечно-полосатой мускулатуры.

КРОВОСНАБЖЕНИЕ прямой кишки осуществляется одной непарной артерией - **верхне-прямокишечной** - основным сосудом прямой кишки и двумя парными - **средне-прямокишечной** (ветви внутренней подвздошной артерии) и **нижней прямокишечной** (ветви внутренней половой артерии). **Венозный отток** от прямой кишки осуществляется в две венозные системы - нижней полую и воротной вен. **Иннервация** прямой кишки осуществляется симпатическими волокнами исходящих из нижне-брюшечного и аортального сплетений. Промежно-




стный отдел прямой кишки иннервируется парасимпатическими (двигательными и чувствительными) волокнами, исходящими из полового нерва.

Отток лимфы осуществляется по 4 коллекторам: I - в паховые лимфоузлы (нижние отделы прямой кишки), II - в верхние отделы кишечника; III - в крестцовые лимфатические узлы; IV - в нижние подвздошные артериальные коллекторы.

Методы обследования прямой кишки

1. Пальцевое исследование.
2. Ректороманоскопия.
3. Колоноскопия.
4. Рентгенологическое исследование.
5. Сфинктерометрия.
6. Морфологические методы (биопсия, цитологическое исследование).

Прямая кишка легко доступна для исследования. В положении больного на корточках, имитируя акт дефекации, у больного можно увидеть выпадение прямой кишки, наружные геморроидальные узлы. Пальцевое исследование проводят в положении больного на боку с приведенными к животу ногами. Для этого надевают перчатку. Указательный палец обильно смазывают вазелином и осторожно вводят в прямую кишку. Пальцевое исследование позволяет определить патологическую инфильтрацию прямой кишки и околопрямокишечной клетчатки, тромбированные внутренние геморроидальные узлы, уплотненные края при трещинах прямой кишки и т. д. Перед проведением инструментального обследования больному тщательно очищают при помощи клизм толстую и прямую кишки. Исследование проводят в коленно-локтевом положении. Ректальное зеркало смазывают вазелином и осторожно вводят на глубину 8—10 см. Осмотр производят при осторожном его извлечении. Много диагностических данных можно получить при ректороманоскопии. Ректоро-маноскоп смазывают вазелином и вводят на глубину 25—30 см. При помощи баллона в кишку нагнетают воздух и при выведении инструмента осматривают слизистую оболочку кишки. Для осмотра слизистой обо-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-136-
--	--	--	-------


лочки не только прямой кишки, но и толстой кишки применяют колонофиброскоп — прибор с эластической оптикой, которая может изгибаться под нужным углом и позволяет произвести осмотр значительных отделов толстой кишки.

Атрезия заднего прохода и прямой кишки. В основе пороков развития заднего прохода и прямой кишки лежит нарушение эмбриогенеза. До конца 1-го месяца эмбрионального развития зародыша кишечная трубка не имеет отверстия на каудальном (нижнем) конце. Конечная часть кишки открывается вместе с каналом первичной почки в общую полость — клоаку. В конце 2-го месяца клоака разделяется продольной перегородкой на две части. Из задней части формируется прямая кишка и задний проход, из передней — мочевые пути. При нарушении этого процесса возникает соответствующая аномалия.

Различают следующие виды атрезии: атрезиию заднего прохода, атрезиию заднего прохода и прямой кишки . Может наблюдаться атрезия прямой кишки. Наряду с полной атрезией встречаются и стенозы, когда имеется сужение кишки. Помимо чистых форм атрезий, встречаются и атрезии, осложненные свищами, которые могут открываться в области промежности, в мочевую систему и половые органы (матка, влагалище).

Клиническая картина. При полной атрезии в первые часы и дни у новорожденных появляется клиническая картина низкой кишечной непроходимости: рвота, вздутие живота, отсутствие мекония. При атрезиях *со* свищами меконий выделяется из свищевых отверстий наружу или в тот орган, куда открывается свищ. Но при этих формах атрезии опорожнение недостаточное.

При атрезии заднего прохода местно наблюдаются истончение кожи и «симптом толчка»: при кашле или натуживании в проекции заднего прохода появляется выпячивание кожи. При атрезии заднего прохода и прямой кишки отличительными особенностями являются отсутствие «симптома толчка» и наличие газа только в сигмовидной кишке. При атрезии прямой кишки палец проходит через задний проход и упирается в зарращенную прямую кишку.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-137-
--	--	--	-------

Для уточнения диагноза можно произвести прокол заднего прохода с введением контрастного вещества. Рентгеновский снимок позволяет уточнить форму атрезии.

Лечение оперативное. При атрезии заднего прохода продольно рассекают место стеноза. В послеоперационном периоде требуется бужирование в течение 6—10 нед.

При атрезии заднего прохода и прямой кишки, а также при атрезии прямой кишки производят абдоминально-перианальную проктопластику или перианальную проктопластику. Для этого абдоминальным и промежностным или только промежностным путем выделяют атрезированный участок кишки и низводят его через промежность с подшиванием краев кишки к коже. При этом стараются сохранить сфинктер прямой кишки. При наличии свища план операции остается прежним, но свищ дополнительно выделяют и перевязывают.

У слабых и истощенных детей накладывают свищ на сигмовидную кишку. Радикальную операцию производят в возрасте 1 года.

Мегаколон (болезнь Фавали — Гиршпрунга). Вследствие преобладания симпатического тонуса прямой кишки и дистального отдела сигмовидной наблюдается их спастическое сужение. Расширение кишечника между спастическими участками происходит вторично. При мегаколоне расширяются отдельные участки или вся толстая кишка. Заболевание чаще наблюдается у мальчиков.

Расширение кишки со временем усиливается и достигает больших размеров. Вследствие застоя каловых масс в расширенном участке кишки возникает картина хронического воспаления. На фоне воспаленной слизистой оболочки могут наблюдаться язвы. Гаустры в расширенном участке исчезают, слизистая оболочка сглаживается. Продольный и частично циркулярный слои мышц гипертрофируются. Стенка кишки становится плотной, похожей на кожу.

Клиническая картина. Наблюдаются запор, вздутие живота. Опорожнение кишечника задерживается на несколько суток. Переполненная толстая кишка от-



тесняет диафрагму кверху, смещает сердце и легкие, в результате чего нарушаются дыхание и сердечная деятельность. При пальцевом исследовании суженная прямая кишка создает впечатление механического препятствия. Пальцем прощупывают плотные каловые массы, иногда вязкие, как пластилин или глина. При надавливании на них остается ямка («симптом образования ямки»). Со временем нарастает интоксикация, повторяются приступы кишечной непроходимости, может наступить перфорация язвы кишечника.


Лечение. Консервативное лечение используют как подготовку к оперативному. Затвердевшие каловые массы размягчают путем введения в прямую кишку масла и затем выводят с клизмой, а в случае необходимости удаляют пальцем. Регулярное опорожнение кишечника уменьшает интоксикацию и позволяет хорошо подготовить больного к операции.

Трещины заднего прохода.

Причиной являются небольшие травмы слизистой оболочки прямой кишки в области анального отверстия плотными каловыми массами, инородными телами и т. д. Первоначально определяется небольшой линейный дефект слизистой оболочки. В дальнейшем трещина углубляется, доходит до подслизистого слоя; края ее уплотняются.

Клиническая картина. Выраженная, резчайшая боль во время акта дефекации, иногда появляется небольшое количество крови или серозно-кровянистой жидкости. Трещина часто сопровождается запором.

Лечение. При свежих трещинах проводят консервативное лечение. В первую очередь необходимо ликвидировать запор. Для этого необходимо отрегулировать диету. Больной принимает касторовое или парафинное масло, отвар александрийского листа и крушины. В прямую кишку вводят по 50—100 мл теплого оливкового масла, применяют свечи с белладонной, теплые сидячие ванны с перманганатом калия или пищевой содой. При хронических трещинах, не поддающихся консервативной терапии, под местной анестезией производят перерастяжение

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-139-
---	--	--	-------

сфинктера прямой кишки. При этом трещина еще больше разрывается, но на этом фоне происходит ее быстрое заживление. В особо упорных случаях трещину иссекают и накладывают швы.

Парапроктит. Под этим заболеванием понимают гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки. Заболевание чаще вызывается смешанной инфекцией (стафилококк, стрептококк, энтерококк, кишечная палочка и др.). Путь проникновения — трещины, ссадины, мацерации.


Различают следующие формы парапроктита: 1) подкожный; 2) подслизистый, 3) седалищно-ректальный, 4) тазово-прямокишечный, 5) ректоректальный.

Клиническая картина зависит от формы парапроктита. При подкожной форме в зоне воспаления наблюдаются гиперемия кожного участка, болезненность, которая усиливается при акте дефекации. При пальпации в этом участке определяется плотный инфильтрат. Может развиваться небольшая общая реакция организма на воспаление.

При подслизистой форме отмечается болезненность при акте дефекации. При ректальном обследовании выявляется участок инфильтрации слизистой прямой кишки.

При седалищно-ректальной форме воспалительный процесс захватывает тазовую клетчатку вокруг прямой кишки. Клиника этой формы характеризуется пульсирующей болью, высокой температурой, ознобом; при ректальном обследовании определяется выраженная инфильтрация в окружности прямой кишки

При тазово-прямокишечной форме процесс распространяется выше тазового дна и характеризуется тяжелым септическим состоянием без наружных признаков воспаления в области заднего прохода. При ретроректальной форме процесс начинается с лимфаденита с локализацией позади прямой кишки с последующим гнойным расплавлением окружающей ткани. Заболевание характеризуется выра-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-140-
--	--	--	-------

женной болью в промежности, высокой температурой, ознобом, лейкоцитозом и т. д.


При всех формах парапроктита рекомендуется тщательное пальцевое исследование прямой кишки.

Лечение. В начале заболевания, когда еще нет гнойного расплавления тканей, рекомендуются общая антибиотикотерапия, теплые сидячие ванночки с перманганатом калия. В случае безуспешности консервативного лечения при всех формах парапроктита требуется вскрытие гнойника с хорошим дренированием гнойной полости. При вскрытии гнойника с целью предупреждения повреждения сфинктера необходимо делать полулунный разрез вокруг анального отверстия. После операции в течение 3—4 сут больной получает настойку опия и бесшлаковую диету для задержки акта дефекации. Проводят общую антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Лечение раны осуществляют по общим принципам лечения гнойных ран.

Геморрой. Под геморроем понимают варикозное расширение венозных сплетений прямой кишки с определенной клинической картиной (кровотечение, боль и т. д.).

По локализации различают внутренний и наружный геморрой. Внутренний геморрой глазом не виден и определяется при пальцевом или ректоскопическом исследовании. Наружные геморроидальные узлы видны около анального отверстия. В ряде случаев наблюдается воспаление этих узлов с образованием в них тромбов — тромбофлебит геморроидальных узлов. Причиной геморроя могут быть запор, беременность, застойные явления в малом тазе из-за длительного сидения и т. д.

Клиническая картина. Простое увеличение геморроидальных узлов может не вызывать болей и не беспокоит больного. Но в ряде случаев при больших внутренних геморроидальных узлах и недостаточной замыкательной функции сфинктера они выпадают наружу, что в еще большей степени снижает функцию сфинктера.


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-141-
--	--	--	-------

Такое состояние приводит к выделению из прямой кишки ее содержимого, а это в свою очередь вызывает зуд в области анального отверстия, мацерации кожи и боли. В ряде случаев при акте дефекации наблюдается небольшое кровотечение. Частые кровотечения могут привести к анемизации—гемоглобин крови может значительно снижаться.

При тромбозе геморроидальных узлов появляется выраженная боль в области заднего прохода, которая значительно усиливается при акте дефекации. Геморроидальные узлы синюшны, напряжены, покрыты фибринозным налетом, местами слизистая оболочка изъязвляется. Лечение. При неосложненном геморрое регулируют диету, чтобы избежать запора. При запоре назначают касторовое или парафиновое масло. При мацерации кожи делают сидячие ванны с перманганатом калия. При небольших кровотечениях применяют гемостатические средства — викасол, хлорид кальция, гемо-фобин и др. При тромбозе геморроидальных узлов показаны теплые сидячие ванны с перманганатом калия. Хороший эффект дают пресакральные новокаиновые блокады.

Если геморрой имеет тенденцию к кровотечению и воспалению, прибегают к оперативному лечению. В острый период воспаления операция противопоказана. Производят перевязку геморроидальных узлов. Через несколько дней геморроидальные узлы отторгаются. В послеоперационный период задерживают стул на несколько дней. Для этого больной принимает пищу с малым количеством клетчатки и 3 раза в день по 8—10 капель настойки опия. После акта дефекации больной принимает сидячую ванну с перманганатом калия (розовый раствор) или содовым раствором (30—40 г на ванну).

Выпадение прямой кишки и слизистой оболочки заднего прохода. При выпадении слизистой оболочки из заднепроходного отверстия говорят о выпадении оболочки слизистой заднего прохода, при выпадении всех стенок прямой кишки — о выпадении прямой кишки. Выпадение наблюдается как у детей, так и у взрослых. Развитию выпадения способствуют мышечная слабость и недоразви-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-142-
--	--	--	-------


тость мышц тазового дна и прямой кишки, низкое расположение брюшины. Определенное значение имеют запор, понос, геморрой и т. д.

Клиническая картина весьма характерна. При натуживании больного как при акте дефекации, так и при физической нагрузке в области ануса появляется розовая розетка или же значительных размеров цилиндр, покрытый слизистой оболочкой прямой кишки. Для дифференциальной диагностики между выпадением слизистой оболочки заднего прохода и прямой кишкой пользуются простым приемом. Пальцем проводят вокруг выпавшего участка. Если слизистая оболочка переходит непосредственно на кожу и размеры выпавшего участка небольшие, то имеет место выпадение слизистой оболочки заднего прохода, если палец проходит между слизистой и сфинктером,— выпадение прямой кишки. Однако встречается и комбинация: выпадение заднего прохода и прямой кишки. В этом случае отмечают значительное выпадение большого участка кишки и непосредственный переход слизистой оболочки на кожу. При небольших выпадениях после прекращения натуживания выпавший участок самостоятельно вправляется; при больших выпадениях вправление производят рукой. При частых выпадениях на слизистой оболочке образуются язвы, покрытые фибринозным налетом.

Полипы прямой кишки.

Это доброкачественные опухоли. Они могут быть одиночными и множественными, размером от просяного зерна до грецкого ореха. Низко расположенные полипы на тонкой ножке могут выпадать через задний проход.

Клиническая картина. Могут наблюдаться тенезмы, иногда кровотечения. Диагноз ставят на основании пальцевого исследования, ректоскопии и ректороманоскопии. При полипах высокой локализации диагноз устанавливают при колоноскопии. Диагностику способствует и рентгенологическое исследование. Лечение. При одиночных полипах с низкой локализацией производят электрокоа-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-143-
--	--	--	-------

гуляцию. При множественных полипах и одиночных высоко расположенных полипах производят резекцию соответствующего участка кишки.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.

5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный



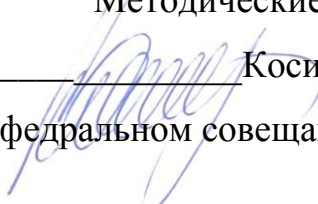
ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Частота рака прямой кишки.
2. Классификация рака прямой кишки по локализации.
3. Наиболее частая локализация рака прямой кишки.
4. Формы рака прямой кишки, различаемые в зависимости от направления роста опухоли.
5. Макроскопические формы рака прямой кишки.
6. Морфологические формы рака прямой кишки, часто наблюдаемые в анальном и ампулярном отделах.
7. Принципы, лежащие в основе классификации рака прямой кишки по стадиям развития опухоли.
8. Характеристика I стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
9. Характеристика IIА стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
10. Характеристика IIБ стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
11. Характеристика IIIА стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
12. Характеристика IIIБ стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
13. Характеристика IV стадии рака прямой кишки по системе TNMP.
14. Основные этапы метастазирования. рака прямой кишки.
15. Жалобы больных при локализации опухоли в заднепроходном канале.
16. Данные, получаемые при непосредственном исследовании места болезненности при раке прямой кишки.
17. Какие лимфоузлы необходимо исследовать при раке заднепроходной части ампулярного отдела прямой кишки?
18. Радикальные операции при раке прямой кишки.
19. Показания к экстирпации прямой кишки.
20. Показания к резекции прямой кишки.



21. Химиопрепараты, назначаемые при раке прямой кишки.
22. Объем операции при неоперабельном раке прямой кишки.
23. Цель проведения лучевой терапии.
24. Отдаленные результаты лечения рака прямой кишки. Выживаемость при раке прямой кишки.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Заболевания прямой кишки (часть 2)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Клиническая картина рака прямой кишки и его осложнений.
2. Диагностика рака прямой кишки.
3. Дифференциальная диагностика рака прямой кишки.
4. Лечение рака прямой кишки и его осложнений.

Целевая установка:

1. Разобрать клинику рака прямой кишки в зависимости от его локализации.
2. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака прямой кишки.



3. Научить дифференциальной диагностике рака прямой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости.
4. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению рака прямой кишки и его осложнений.

Формируемые понятия:

1. Знать клинику рака прямой кишки в зависимости от локализации патологического процесса.
2. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака прямой кишки.
3. Уметь дифференцировать рака прямой кишки с другими заболеваниями органов брюшной полости.
4. Знать современные подходы к лечению рака прямой кишки и его осложнений.

Вопросы для самоконтроля.

1. Дифференциальная диагностика рака заднего прохода.
2. Главные жалобы больных раком прямой кишки при ампулярной локализации опухоли.
3. Данные пальцевого, исследования при раке ампулярного отдела прямой кишки.
4. Симптомы, свидетельствующие о прорастании опухоли в крестец, органы мочеполовой системы, влагалище.
5. Рентгенологические признаки рака ампулярного отдела прямой кишки.
6. Необходимые исследования при подозрении на прорастание рака прямой кишки в мочевой пузырь.
7. Главные жалобы больных при прямокишечно-сигмовидном расположении опухоли.



8. Данные эндоскопического и рентгенологического исследования при локализации опухоли в прямокишечно-сигмовидной части.
9. Цель исследования всей толстой кишки при раке прямой кишки.
10. Диагностические ошибки при раке прямой кишки.
11. Мероприятия, входящие в комплекс лечения больных раком прямой кишки.
12. Радикальные операции при раке прямой кишки.
13. Показания к экстирпации прямой кишки.
14. Показания к резекции прямой кишки.
15. Химиопрепараты, назначаемые при раке прямой кишки.
16. Объем операции при неоперабельном раке прямой кишки.
17. Цель проведения лучевой терапии.
18. Отдаленные результаты лечения рака прямой кишки. Выживаемость при раке прямой кишки.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.
_____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на ка-
федральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний
органов брюшной полости (часть 1)



Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Алгоритм обследования больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Классификация острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Классификация заболеваний органов грудной полости и забрюшинного пространства, приводящие к симптоматике, типичной для заболеваний органов брюшной полости.
4. Клиническая картина острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
5. Лабораторная и инструментальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
6. Показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Целевая установка:

1. Разобрать алгоритм обследования больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Разобрать классификацию острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Заболевания органов грудной полости и забрюшинного пространства, симулирующие заболевания органов брюшной полости.
4. Разобрать клиническую картину острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
5. Научить интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.



6. Разобрать показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Формируемые понятия:

1. Знать алгоритм обследования больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Знать классификацию острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Знать заболевания органов грудной полости и забрюшинного пространства, симулирующие заболевания органов брюшной полости.
4. Знать клиническую картину острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
5. Уметь интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
6. Знать показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Термином «острый живот» обозначают внезапно развившиеся острые, угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая или другого вида

помощь. В редких случаях симптомы острого живота наблюдаются при заболеваниях органов, расположенных вне брюшной полости. Диагноз является временным, его выставляют в неотложной ситуации, когда нет времени

и условий для детального исследования и нет возможности точно определить причину заболевания у пациента, нуждающегося в немедленной медицинской помощи.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:



1. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

Блок информации.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний.

Предрасполагающие факторы острой кишечной непроходимости:

1. Врожденные факторы:

Особенности анатомии (удлинение участков кишки (мегаколон, долихосигма). Аномалии развития (незавершенный поворот кишки, аганглиоз (болезнь Гиршпрунга)).

2. Приобретенные факторы:

Спаечный процесс в брюшной полости. Новообразования кишечника и брюшной полости. Инородные тела кишечника. Гельминтозы. Желчно-каменная болезнь. Грыжи брюшной стенки.

Производящие факторы острой кишечной непроходимости:

- Резкое повышение внутрибрюшного давления.
- Чрезмерная физическая нагрузка.
- Обильная пищевая нагрузка.

ОКН составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости. При возрасте старше 60 лет причиной ОКН в 53% является рак толстого кишечника. Частота встречаемости ОКН по уровню препятствия:

- тонкокишечная 60-70%
- толстокишечная 30-40%

Частота встречаемости ОКН по этиологии:

- при острой тонкокишечной непроходимости: - спаечная в 63%
- странгуляционная в 28%



- обтурационная неопухолевого генеза в 7%
- прочее в 2%
- при острой толстокишечной непроходимости: - опухолевая непроходимость в 93%
- заворот толстой кишки в 4 %
- прочее в 3%

Классификация острой кишечной непроходимости:

А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.
2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).


В. По уровню препятствия:

1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.
2. Толстокишечная непроходимость.

В клиническом течении ОКН выделяют три фазы (О.С. Кочнев):

- Фаза «илеусного крика». Происходит острое нарушение кишечного пассажа, т.е. стадия местных проявлений – имеет продолжительность 2-12 часов (до 14 часов). В этом периоде доминирующим симптомом является боль и местные симптомы со стороны живота.

- Фаза интоксикации (промежуточная, стадия кажущегося благополучия), происходит нарушение внутривенной кишечной гемоциркуляции – продолжается от 12 до 36 часов. В этот период боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот вздут, часто асимметричен. Перистальтика кишечника ослабевает, звуковые феномены менее выражены, выслушивается «шум падающей капли». Полная задержка стула и газов. Появляются признаки обезвоживания организма.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-152-
---	--	--	-------

- Фаза перитонита (поздняя, терминальная стадия) – наступает спустя 36 часов после начала заболевания. Для этого периода характерны резкие функциональные расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается. Развивается перитонит.

Фазы течения ОКН носят условный характер и при каждой форме ОКН имеют свои отличия (при странгуляционной КН 1 и 2 фазы начинаются практически одновременно).

Классификация острого эндотоксикоза при КН:

Нулевая стадия. Эндогенные токсические субстанции (ЭТС) попадают из патологического очага в интерстиций и транспортные среды. Клинически на этом этапе эндотоксикоз не проявляется.

Стадия накопления продуктов первичного аффекта. Током крови и лимфы ЭТС распространяется во внутренних средах. На этой стадии можно выявить нарастание концентрации ЭТС в биологических жидкостях.

Стадия декомпенсации регуляторных систем и аутоагрессии. Для этой стадии характерно напряжение и последующее истощение функции гистогематических барьеров, начало избыточной активации системы гемостаза, калликреин-кининовой системы, процессов перекисного окисления липидов.


Стадия извращения метаболизма и гомеостатической несостоятельности. Эта стадия становится основой развития синдрома полиорганной недостаточности (или синдрома множасьейся органной несостоятельности).

Стадия дезинтеграции организма как единого целого. Это терминальная фаза разрушения межсистемных связей и гибели организма.

Причины динамической острой кишечной непроходимости:

1. Нейрогенные факторы:

А. Центральные механизмы: Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Уремия. Кетоацидоз. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинномозговые травмы.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-153-</p>
---	---	--	--------------

Б. Рефлекторные механизмы: Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы. Плеврит. Острый инфаркт миокарда. Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства. Нефролитиаз и почечная колика. Глистная инвазия. Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), фитобезоары, каловые камни.

2. Гуморальные и метаболические факторы: Эндотоксикоз различного происхождения, в том числе, и при острых хирургических заболеваниях. Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза. Гипопротеинемия вследствие острого хирургического заболевания, раневых потерь, нефротического синдрома и т.д.

3. Экзогенная интоксикация: Отравление солями тяжелых металлов. Пищевые интоксикации. Кишечные инфекции (брюшной тиф).

4. Дисциркуляторные нарушения:

А. На уровне магистральных сосудов: Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Васкулиты мезентериальных сосудов. Артериальная гипертензия.

Б. На уровне микроциркуляции: Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости.

Клиника.

Квадрат симптомов при КН.

· Боль в животе. Боли носят приступообразный, схваткообразный характер. У больных холодный пот, бледность кожных покровов (при странгуляции). Больные с ужасом ожидают следующих приступов. Боли могут стихать: например, был заворот, а затем кишка расправилась, что привело к исчезновению болей, но исчезновение болей очень коварный признак, так как при странгуляционной КН происходит некроз кишки, что ведет к гибели нервных окончаний, следовательно, пропадает боль.



· Рвота. Многократная, сначала содержимым желудка, потом содержимым 12 п.к. (отметим, что рвота желчью идет из 12 п.к.), затем появляется рвота с неприятным запахом. Язык при КН сухой.

· Вздутие живота, асимметрия живота

· Задержка стула и газов - это грозный симптом, говорящий о КН.

Могут быть слышны кишечные шумы, даже на расстоянии, видна усиленная перистальтика. Можно прощупать раздутую петлю кишки - симптом Валя. Обязательно надо исследовать больных *per rectum*: ампула прямой кишки пустая - симптом Грекова или симптом обуховской больницы.


Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: это бесконтрастное исследование - появление чаш Клойбера.

Дифференциальный диагноз:

ОКН имеет ряд признаков, которые наблюдаются и при других заболеваниях, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики между ОКН и заболеваниями, имеющими сходные клинические признаки.

Острый аппендицит. Общими признаками являются боли в животе, задержка стула, рвота. Но боли при аппендиците начинаются постепенно и не достигают такой силы, как при непроходимости. При аппендиците боли локализованы, а при непроходимости имеют схваткообразный характер, более интенсивны. Усиленная перистальтика и звуковые феномены, выслушиваемые в брюшной полости, свойственны кишечной непроходимости, а не аппендициту. При остром аппендиците не бывает рентгенологических признаков свойственных непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Общими симптомами являются внезапное начало, сильные боли в животе, задержка стула. Однако при прободной язве больной принимает вынужденное положение, а при кишечной непроходимости больной беспокоен, часто меняет положение. Рвота не характерна для прободной язвы, но часто наблюдается при кишечной непроходимости. При прободной язве брюшная стенка напряжена, болезненна, не участвует в


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-155-
---	--	---	-------

акте дыхания, в то время как при ОКН живот вздут, мягкий, малоболезненный. При прободной язве с самого начала заболевания отсутствует перистальтика, не выслушивается «шум плеска». Рентгенологически при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, а при ОКН – чаши Клойбера, аркады, симптом перистости.

Острый холецистит. Боли при остром холецистите носят постоянный характер, локализуются в правом подреберье, иррадируют в правую лопатку. При ОКН боли схваткообразные, нелокализованные. Для острого холецистита характерна гипертермия, чего не бывает при кишечной непроходимости. Усиленная перистальтика, звуковые феномены, рентгенологические признаки непроходимости отсутствуют при остром холецистите.

Острый панкреатит. Общими признаками является внезапное начало сильных болей, тяжелое общее состояние, частая рвота, вздутие живота и задержка стула. Но при панкреатите боли локализуются в верхних отделах живота, носят опоясывающий, а не схваткообразный характер. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Признаки усиленной перистальтики, характерные для механической кишечной непроходимости, при остром панкреатите отсутствуют. Для острого панкреатита характерна диастазурия. Рентгенологически при панкреатите отмечается высокое стояние левого купола диафрагмы, а при непроходимости - чаши Клойбера, аркады, поперечная исчерченность.

При инфаркте кишечника, как и при ОКН отмечаются сильные внезапные боли в животе, рвота, тяжелое общее состояние, мягкий живот. Однако боли при инфаркте кишечника постоянны, перистальтика полностью отсутствует, вздутие живота небольшое, нет асимметрии живота, при аускультации определяется «мертвая тишина». При механической кишечной непроходимости превалирует бурная перистальтика, выслушивается большая гамма звуковых феноменов, вздутие живота более значительное, часто асимметричное. Для инфаркта кишечника

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-156-
--	--	--	-------

характерны наличие эмбологенного заболевания, мерцательная аритмия, патогномничен высокий лейкоцитоз ($20-30 \times 10^9/\text{л}$).

Почечная колика и ОКН имеют сходные признаки – резко выраженные боли в животе, вздутие живота, задержка стула и газов, беспокойное поведение больного. Но боли при почечной колике иррадируют в поясничную область, половые органы, имеются дизурические явления с характерными изменениями в моче, положительный симптом Пастернацкого. На обзорной рентгенограмме в почке или мочеточнике могут быть видны тени конкрементов.

При пневмонии могут появиться боли в животе и его вздутие, что дает основание думать о кишечной непроходимости. Однако для пневмонии характерны высокая температура, учащенное дыхание, румянец на щеках, а физикальное исследование обнаруживает крепитирующие хрипы, шум трения плевры, бронхиальное дыхание, притупление легочного звука. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить пневмонический очаг.

При инфаркте миокарда могут быть резкие боли в верхней части живота, его вздутие, иногда рвота, слабость, снижение артериального давления, тахикардия, то есть признаки, напоминающие странгуляционную кишечную непроходимость. Однако при инфаркте миокарда не бывает асимметрии живота, усиленной перистальтики, симптомов Валя, Склярова, Шимана, Спасокукоцкого-Вильмса и отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Электрокардиографическое исследование помогает уточнить диагноз инфаркта миокарда.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с., 600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru>



2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.

Вопросы для самоконтроля:

1. Последовательность обследования больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Перечислите острые хирургические заболевания органов брюшной полости.
3. Перечислите заболевания органов грудной полости, симулирующие заболевания органов брюшной полости.
4. Перечислите заболевания забрюшинного пространства, симулирующие заболевания органов брюшной полости.
5. Клинические проявления острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.



6. Лабораторные методы диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
7. Инструментальные методы диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
8. Роль лапароскопии в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
9. Показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:**

**Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний
органов брюшной полости (часть 2)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Клиническая картина острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
2. Лабораторная и инструментальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Целевая установка:



1. Разобрать клиническую картину острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
2. Научить интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Разобрать показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Формируемые понятия:

1. Знать заболевания органов грудной полости и забрюшинного пространства, симулирующие заболевания органов брюшной полости.
2. Знать клиническую картину острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Уметь интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
4. Знать показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Термином «острый живот» обозначают внезапно развившиеся острые, угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая или другого вида помощь. В редких случаях симптомы острого живота наблюдаются при заболеваниях органов, расположенных вне брюшной полости. Диагноз является временным, его выставляют в неотложной ситуации, когда нет времени условий для детального исследования и нет возможности точно определить причину заболевания у пациента, нуждающегося в немедленной медицинской помощи.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:



4. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

Блок информации.

Клиника ОКН.

Квадрат симптомов при КН.

· Боль в животе. Боли носят приступообразный, схваткообразный характер. У больных холодный пот, бледность кожных покровов (при странгуляции). Больные с ужасом ожидают следующих приступов. Боли могут стихать: например, был заворот, а затем кишка расправилась, что привело к исчезновению болей, но исчезновение болей очень коварный признак, так как при странгуляционной КН происходит некроз кишки, что ведет к гибели нервных окончаний, следовательно, пропадает боль.

· Рвота. Многократная, сначала содержимым желудка, потом содержимым 12 п.к. (отметим, что рвота желчью идет из 12 п.к.), затем появляется рвота с неприятным запахом. Язык при КН сухой.

· Вздутие живота, асимметрия живота

· Задержка стула и газов - это грозный симптом, говорящий о КН.

Могут быть слышны кишечные шумы, даже на расстоянии, видна усиленная перистальтика. Можно прощупать раздутую петлю кишки - симптом Валя. Обязательно надо исследовать больных *per rectum*: ампула прямой кишки пустая - симптом Грекова или симптом обуховской больницы.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: это бесконтрастное исследование - появление чаш Клойбера.

Дифференциальный диагноз:

ОКН имеет ряд признаков, которые наблюдаются и при других заболеваниях, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики между ОКН и заболеваниями, имеющими сходные клинические признаки.




Острый аппендицит. Общими признаками являются боли в животе, задержка стула, рвота. Но боли при аппендиците начинаются постепенно и не достигают такой силы, как при непроходимости. При аппендиците боли локализованы, а при непроходимости имеют схваткообразный характер, более интенсивны. Усиленная перистальтика и звуковые феномены, выслушиваемые в брюшной полости, свойственны кишечной непроходимости, а не аппендициту. При остром аппендиците не бывает рентгенологических признаков свойственных непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Общими симптомами являются внезапное начало, сильные боли в животе, задержка стула. Однако при прободной язве больной принимает вынужденное положение, а при кишечной непроходимости больной беспокоен, часто меняет положение. Рвота не характерна для прободной язвы, но часто наблюдается при кишечной непроходимости. При прободной язве брюшная стенка напряжена, болезненна, не участвует в акте дыхания, в то время как при ОКН живот вздут, мягкий, малоболезненный. При прободной язве с самого начала заболевания отсутствует перистальтика, не выслушивается «шум плеска». Рентгенологически при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, а при ОКН – чаши Клойбера, аркады, симптом перистости.

Острый холецистит. Боли при остром холецистите носят постоянный характер, локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правую лопатку. При ОКН боли схваткообразные, нелокализованные. Для острого холецистита характерна гипертермия, чего не бывает при кишечной непроходимости. Усиленная перистальтика, звуковые феномены, рентгенологические признаки непроходимости отсутствуют при остром холецистите.

Острый панкреатит. Общими признаками является внезапное начало сильных болей, тяжелое общее состояние, частая рвота, вздутие живота и задержка стула. Но при панкреатите боли локализуются в верхних отделах живота, носят опоясывающий, а не схваткообразный характер. Отмечается положительный сим-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-162-
--	--	--	-------

птом Мейо-Робсона. Признаки усиленной перистальтики, характерные для механической кишечной непроходимости, при остром панкреатите отсутствуют. Для острого панкреатита характерна диастазурия. Рентгенологически при панкреатите отмечается высокое стояние левого купола диафрагмы, а при непроходимости - чаши Клойбера, аркады, поперечная исчерченность.

При инфаркте кишечника, как и при ОКН отмечаются сильные внезапные боли в животе, рвота, тяжелое общее состояние, мягкий живот. Однако боли при инфаркте кишечника постоянны, перистальтика полностью отсутствует, вздутие живота небольшое, нет асимметрии живота, при аускультации определяется «мертвая тишина». При механической кишечной непроходимости превалирует бурная перистальтика, выслушивается большая гамма звуковых феноменов, вздутие живота более значительное, часто асимметричное. Для инфаркта кишечника характерны наличие эмбологенного заболевания, мерцательная аритмия, патогномоничен высокий лейкоцитоз ($20-30 \times 10^9/\text{л}$).

Почечная колика и ОКН имеют сходные признаки – резко выраженные боли в животе, вздутие живота, задержка стула и газов, беспокойное поведение больного. Но боли при почечной колике иррадируют в поясничную область, половые органы, имеются дизурические явления с характерными изменениями в моче, положительный симптом Пастернацкого. На обзорной рентгенограмме в почке или мочеточнике могут быть видны тени конкрементов.

При пневмонии могут появиться боли в животе и его вздутие, что дает основание думать о кишечной непроходимости. Однако для пневмонии характерны высокая температура, учащенное дыхание, румянец на щеках, а физикальное исследование обнаруживает крепитирующие хрипы, шум трения плевры, бронхиальное дыхание, притупление легочного звука. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить пневмонический очаг.

При инфаркте миокарда могут быть резкие боли в верхней части живота, его вздутие, иногда рвота, слабость, снижение артериального давления, тахикар-



дия, то есть признаки, напоминающие странгуляционную кишечную непроходимость. Однако при инфаркте миокарда не бывает асимметрии живота, усиленной перистальтики, симптомов Валя, Склярова, Шимана, Спасокукоцкого-Вильмса и отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Электрокардиографическое исследование помогает уточнить диагноз инфаркта миокарда.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с., 600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

5. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

6. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

7. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

8. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс ,



2007 . - 352с.

Вопросы для самоконтроля:

1. Инструментальные методы диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
2. Роль лапароскопии в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
3. Показания и противопоказания к экстренным и срочным операциям на органах брюшной полости.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по «Госпитальной хирургии» для студентов педиатрического факультета по теме: Рак поджелудочной железы (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Этиология, патогенез и патанатомия рака поджелудочной железы.
2. Классификации рака поджелудочной железы.
3. Клиническая картина рака поджелудочной железы и его осложнений.
4. Диагностика рака поджелудочной железы.
5. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы.
6. Лечение рака поджелудочной железы и его осложнений.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез и патанатомию рака поджелудочной железы.



2. Разобрать классификации рака поджелудочной железы и его осложнений.
3. Разобрать клинику рака поджелудочной железы.
4. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака поджелудочной железы.
5. Научить дифференциальной диагностике рака поджелудочной железы с другими заболеваниями органов брюшной полости.
6. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению рака поджелудочной железы и его осложнений.

Формируемые понятия:

1. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака поджелудочной железы.
2. Уметь дифференцировать рака поджелудочной железы с другими заболеваниями органов брюшной полости.
3. Знать современные подходы к лечению рака поджелудочной железы и его осложнений.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Рак поджелудочной железы занимает третье место в структуре злокачественных опухолей органов пищеварительной системы, уступая по частоте лишь раку желудка и колоректальному раку. Среди причин смерти от онкологических заболеваний он занимает у мужчин четвертое, а у женщин пятое место. В России заболеваемость раком поджелудочной железы составляет 8,6 на 100 000 населения. Рак поджелудочной железы наиболее часто регистрируют на 6-8-м десятилетии жизни. Мужчины страдают в 1,5 раза чаще, чем женщины. Знание клиники рака желудка, своевременная диагностика и современное лечение способствуют улучшению результатов лечения и качества жизни больных, снижению общей и послеоперационной летальности.



Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной и экзаменационной аттестации:

1. Рак поджелудочной железы: классификация, клиника, диагностика, основные методы хирургического лечения.
2. Рак поджелудочной железы: роль малоинвазивных хирургических технологий и эндоскопических методов в диагностике и купировании осложнений перед проведением основного этапа лечения.

Блок информации.


Поджелудочная железа представляет собой непарный многодольчатый орган массой около 60–70 г, розовато-белого цвета, в котором условно выделяют головку, тело и хвост. Железа окутана капсулой из соединительной ткани, от которой внутрь отходят перегородки, делящие ее на доли. Доли состоят из железистой ткани и системы выводных протоков. Железистая ткань представлена секреторными клетками, вырабатывающими панкреатический сок, и инкреторными, которые образуют отдельные скопления (островки Лангерганса) и продуцируют гормоны инсулин, липокаин и др.

Заболеваемость

Рак поджелудочной железы чаще встречается в развитых странах, в которых на его долю приходится около 3% от общего числа злокачественных опухолей. Больших различий в уровне заболеваемости между отдельными странами не установлено, что говорит об отсутствии регионарных особенностей внешней среды, которые оказывали бы существенное влияние на возникновение опухоли. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен в некоторых штатах США, Канаде, Израиле, Японии, однако он не более чем в 1,5–2 раза превышает заболеваемость в большинстве европейских стран.

Способствующие факторы

Курение повышает риск заболевания. На вскрытии у курильщиков находят гиперпластические изменения в протоках поджелудочной железы. Возможно, что

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-167-</p>
--	---	--	--------------

с курением связана более высокая заболеваемость раком поджелудочной железы мужчин.

Характер питания. Повышенную частоту рака поджелудочной железы в развитых странах связывают с особенностями питания. Имеются указания, что частота опухоли возрастает с увеличением потребления жиров и уменьшается под влиянием диеты, богатой фруктами и овощами, содержащими ретиноиды и витамины.

Диабет. У больных диабетом обнаруживают гиперплазию эпителия протоков поджелудочной железы у лиц. Риск заболеть раком поджелудочной железы у лиц, страдающих диабетом, увеличивается в два раза, тем не менее, вопрос о роли диабета в возникновении опухоли остается открытым. Возможно, что оба заболевания имеют одинаковые способствующие факторы, в частности питания и метаболизма.

Хронический панкреатит обнаруживают у многих больных раком поджелудочной железы. Предполагают, что сужение протоков и застой секрета могут способствовать продолжительному воздействию канцерогенов на эпителий протоков.


Болезни желчевыводящих путей. Обнаружена прямая корреляция между частотой холестериновых камней желчного пузыря и раком головки поджелудочной.

Клиническая картина

Симптомы рака поджелудочной железы являются следствием трех клинических феноменов, обусловленных растущей опухолью: обтурации, компрессии и интоксикации.

Феномен компрессии проявляется болевыми ощущениями в результате прорастания или сдавления опухолью поджелудочной железы нервных стволов.

Феномен обтурации возникает, если растущая опухоль обтурирует общий желчный проток, двенадцатиперстную кишку, панкреатический проток, сдавливает селезеночную вену. Обтурация общего желчного протока ведет к появлению

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-168-
--	--	--	-------


желчной гипертензии, с которой связано возникновение механической желтухи, кожного зуда, увеличение печени и желчного пузыря, появления обесцвеченного кала и темной окраски мочи. Желчная гипертензия является тяжелым патологическим состоянием, определяющим дальнейшую судьбу больного. Она приводит к нарушениям функции печени, сердечно-сосудистой и нервной систем, обмена веществ, вызывает брадикардию, головную боль, апатию, повышенную раздражительность. Исходом длительной и интенсивной желтухи является печеночная и печеночно-почечная недостаточность, холемические кровотечения. Прорастание опухолью двенадцатиперстной кишки приводит к непроходимости, напоминающей по клинике стеноз привратника.

Феномен интоксикации проявляется похуданием, снижением аппетита и общей слабостью. Эти симптомы часто наблюдаются при раке поджелудочной железы, поскольку обусловлены не только влиянием самой опухоли, но и нарушением кишечного пищеварения.

Характерными симптомами в клинической картине рака поджелудочной железы являются: боль, желтуха, кожный зуд, потеря массы тела, снижение аппетита, лихорадка.

Боль — самый частый симптом, наблюдается у 70–85% больных. Почти у половины из них она появляется за несколько недель до желтухи и независимо от расположения опухоли является первым признаком заболевания. Распространенное в прошлом представление, что для рака головки поджелудочной железы характерна безболевая желтуха, является ошибочным. Боль чаще всего возникает в результате прорастания или сдавления опухолью нервных стволов, реже она бывает вызвана закупоркой желчного или вирсунгова протока или перитонеальными явлениями из-за обострения сопутствующего панкреатита.


Локализация боли зависит от расположения опухоли. При раке головки боль ощущается в правом подреберье или надчревной области, рак тела и хвоста характеризуется болью в левом подреберье и надчревной области, но может про-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-169-
--	--	---	-------

являться боевыми ощущениями и в правой подреберной области. Диффузному поражению свойственна разлитая боль в верхней половине живота. У некоторых больных боль остается локализованной в одном месте. У других — иррадирует в позвоночник или в межлопаточную область, реже — в правую лопатку. При опухолях, закупоривающих вирсунгов проток и сопровождающихся панкреатитом, возникает приступообразная опоясывающаяся боль.

Интенсивность боли у разных больных неодинакова. Некоторые больные описывают ее как чувство давления, распираания или тупую постоянную ноющую боль, другие жалуются на острую боль в правом подреберье или надчревной области. Иногда на фоне тупых постоянных болевых ощущений возникают приступы острой боли, которые продолжаются от не-скольких минут до нескольких часов. Отмечено, что боль чаще появляется или усиливается в вечернее или ночное время, в положении больного на спине. После обильной и особенно жирной пищи, а также после приема алкоголя. Боль сильнее при раке тела железы, особенно при прорастании или сдавлении опухолью солнечного сплетения. При этом она становится чрезвычайно сильной, нестерпимой, может приобретать опоясывающий характер. Больные принимают вынужденное положение, наклоняют вперед позвоночник. Опираясь на спинку стула или перегибаясь через прижатую к животу подушку. Эта поза в виде «крючка» довольно характерна для больных запущенным раком поджелудочной железы.

Желтуха - наиболее яркий симптом рака головки поджелудочной железы. Встречается у 70–80% больных. Обусловлена прорастанием опухолью желчного протока и застоем желчи в желчевыводящей системе. Изредка возникает при раке тела и хвоста, в таких случаях вызвана сдавлением общего желчного протока метастазами в лимфатические узлы. Первым симптомом заболевания желтуха бывает редко, чаще ей предшествуют болевые ощущения или потеря массы тела. Желтуха носит механический характер. Развивается постепенно. Интенсивность ее неуклонно нарастает. В зависимости от продолжительности закупорки меняется


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-170-
---	--	---	-------

оттенок желтушного окрашивания кожи. Вначале кожа имеет ярко-желтый цвет с красноватым оттенком, обусловленным накапливающимся билирубином. В дальнейшем по мере окисления билирубина желтуха приобретает зеленоватый оттенок.

Желтуха сопровождается изменением цвета мочи и кала. Каловые массы обесцвечиваются. Моча приобретает коричневую окраску, по цвету напоминающую пиво. Иногда изменения мочи и кала возникают до появления желтухи

Кожный зуд обусловлен раздражением кожных рецепторов желчными кислотами. При желтухе на почве рака поджелудочной железы зуд встречается у большинства заболевших. Обычно он возникает после появления желтухи, чаще при высоком содержании билирубина в крови, но иногда больные отмечают зуд кожных покровов еще в дожелтушном периоде. Кожный зуд значительно ухудшает самочувствие больных, не дает им покоя, вызывает бессонницу и повышенную раздражительность, часто приводит к многочисленным расчесам, следы которых видны на коже. Потеря массы тела является одним из наиболее важных симптомов. Она обусловлена интоксикацией за счет развивающейся опухоли и нарушением кишечного пищеварения в результате закупорки желчных и панкреатических протоков. Похудание наблюдается у большинства больных, иногда бывает первым симптомом заболевания, предшествуя появлению боли и желтухи. Снижение аппетита встречается более чем у половины больных. Нередко возникает отвращение к жирной или мясной пище. Похудание и снижение аппетита сочетается с нарастающей слабостью, утомляемостью, иногда — тошнотой и рвотой. Иногда наблюдается чувство тяжести после еды, изжога, часто нарушается функция кишечника, появляется метеоризм, запоры, изредка — поносы. Стул обильный, сероглинистого цвета с неприятным зловонным запахом, содержит большое количество жира.

Клиника рака головки поджелудочной железы

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-171-
--	--	--	-------


В течении заболевания различают дожелтушный и желтушный периоды. Дожелтушный период продолжается около полугода. В это время больные могут предъявлять жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, похудание, тошноту, нарушение стула, слабость, повышенную утомляемость, кожный зуд. Желтушный период наступает после прорастания или сдавления опухолью общего желчного протока. Он характеризуется стойкой и интенсивной механической желтухой, кожным зудом, появлением обесцвеченного кала и темно-коричневой мочи, увеличением размеров печени и желчного пузыря, вызванные застоем желчи. Чем ближе к протоку располагается опухоль, тем раньше возникает желтуха и тем больше возможность радикального лечения. Наряду с желтухой больных беспокоит боль в подреберье или надчревной области, нарастают похудание, слабость, исчезает аппетит. При прорастании двенадцатиперстной кишки или сдавлении ее опухолью появляется чувство переполнение желудка, рвота съеденной пищей. Возникает и прогрессирует печеночная недостаточность.

Клиника рака тела и хвоста поджелудочной железы

Желтуха нехарактерна, возникает лишь при распространении опухоли на головку железы или при сдавлении желчных протоков метастазами. Клиническую картину определяют два симптома: сильная постоянная или приступообразная боль в надчревной области и быстрое прогрессирующее похудание. Пальпация надчревной области болезненна, но опухоль удаётся прощупать редко.

При наличии желтухи необходимый минимум обследования включает клинический и биохимический анализы крови, исследование мочи и кала на желчные пигменты, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае обоснованного подозрения на наличие опухоли поджелудочной железы целесообразна компьютерная томография органов верхнего этажа брюшной полости.

Лечение

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-172-
--	--	---	-------

Лечение рака поджелудочной железы чрезвычайно сложная задача. Единственным способом радикального лечения является оперативное вмешательство.

При раке тела и хвоста поджелудочной железы выполняется ее резекция с удалением селезенки.

При раке головки поджелудочной железы выполняют гастропанкреатодуоденальную резекцию. Операция заключается в пересечении поджелудочной железы в области перешейка, двенадцатиперстной кишки — в области ее перехода в тощую, желудка — в антральном отделе и общего желчного протока — в дистальной части и удалении резецированной зоны одним блоком с последующим восстановлением непрерывности пищеварительной трубки. Большому числу больных из-за запущенности процесса или тяжести общего состояния выполнение радикального вмешательства невозможно. Лечебная помощь таким больным направлена на ликвидацию желтухи. Эффективность лучевой и лекарственной терапии при раке низкая.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки



РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.


2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Удельный вес рака поджелудочной железы среди новообразований других органов пищеварения.
2. Предрасполагающие факторы заболевания раком поджелудочной железы.
3. Удельный вес рака различных отделов поджелудочной железы.
4. Из каких структурных элементов поджелудочной железы и как часто развивается рак?
5. Путь метастазирования рака поджелудочной железы.
6. Чем определяется клиника рака поджелудочной железы?
7. Основные симптомы при раке головки поджелудочной железы.
8. Клинические проявления рака тела поджелудочной железы.
9. Особенности механической желтухи при раке головки поджелудочной железы.
10. Изменения, определяемые при глубокой пальпации живота у больных раком поджелудочной железы.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-174-</p>
--	---	--	--------------

11. Методы исследования для уточнения диагноза опухоли поджелудочной железы.
12. Объем радикального лечения при раке поджелудочной железы.
13. Паллиативные операции, проводимые при раке головки поджелудочной железы, их цель.
14. Процент летальности после оперативного лечения рака поджелудочной железы.
15. Из каких тканей образуются гормонально активные опухоли железы?
16. Как часто инсуломы бывают злокачественными, сочетаются с аденомами других желез?
17. Чем определяется клиника инсулом?
18. Клиника опухолей, развивающихся из инсулин продуцирующих клеток.
19. Клинические проявления опухоли, развивающейся из клеток, продуцирующих желудочный фактор.
20. Клинические проявления гипогликемического синдрома при инсуломе.
21. Тактика лечения больных инсуломой.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Рак поджелудочной железы (часть 2)



Количество часов – 1.

Основные вопросы для изучения:

1. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы.
2. Лечение рака поджелудочной железы и его осложнений.

Целевая установка:

1. Научить интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака поджелудочной железы.
2. Научить дифференциальной диагностике рака поджелудочной железы с другими заболеваниями органов брюшной полости.
3. Разобрать современные подходы к хирургическому лечению рака поджелудочной железы и его осложнений.

Формируемые понятия:

1. Уметь интерпретировать результаты лабораторной и инструментальной диагностики рака поджелудочной железы.
2. Уметь дифференцировать рака поджелудочной железы с другими заболеваниями органов брюшной полости.
3. Знать современные подходы к лечению рака поджелудочной железы и его осложнений.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Рак поджелудочной железы занимает третье место в структуре злокачественных опухолей органов пищеварительной системы, уступая по частоте лишь раку желудка и колоректальному раку. Среди причин смерти от онкологических заболеваний он занимает у мужчин четвертое, а у женщин пятое место. В России заболеваемость раком поджелудочной железы составляет 8,6 на 100 000 населения. Рак поджелудочной железы наиболее часто регистрируют на 6-8-м десятилетии жизни. Мужчины страдают в 1,5 раза чаще, чем женщины. Знание клиники рака желудка, своевременная диагностика и современное лечение способствуют



улучшению результатов лечения и качества жизни больных, снижению общей и послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на промежуточной и экзаменационной аттестации:


1. Рак поджелудочной железы: роль малоинвазивных хирургических технологий и эндоскопических методов в диагностике и купировании осложнений перед проведением основного этапа лечения.

Блок информации.

Желтуха - наиболее яркий симптом рака головки поджелудочной железы. Встречается у 70–80% больных. Обусловлена проращением опухолью желчного протока и застоем желчи в желчевыводящей системе. Изредка возникает при раке тела и хвоста, в таких случаях вызвана сдавлением общего желчного протока метастазами в лимфатические узлы. Первым симптомом заболевания желтуха бывает редко, чаще ей предшествуют болевые ощущения или потеря массы тела. Желтуха носит механический характер. Развивается постепенно. Интенсивность ее неуклонно нарастает. В зависимости от продолжительности закупорки меняется оттенок желтушного окрашивания кожи. Вначале кожа имеет ярко-желтый цвет с красноватым оттенком, обусловленным накапливающимся билирубином. В дальнейшем по мере окисления билирубина желтуха приобретает зеленоватый оттенок.

Желтуха сопровождается изменением цвета мочи и кала. Каловые массы обесцвечиваются. Моча приобретает коричневую окраску, по цвету напоминающую пиво. Иногда изменения мочи и кала возникают до появления желтухи

Кожный зуд обусловлен раздражением кожных рецепторов желчными кислотами. При желтухе на почве рака поджелудочной железы зуд встречается у большинства заболевших. Обычно он возникает после появления желтухи, чаще при высоком содержании билирубина в крови, но иногда больные отмечают зуд кожных покровов еще в дожелтушном периоде. Кожный зуд значительно ухудша-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-177-
--	--	---	-------

ет самочувствие больных, не дает им покоя, вызывает бессонницу и повышенную раздражительность, часто приводит к многочисленным расчесам, следы которых видны на коже. Потеря массы тела является одним из наиболее важных симптомов. Она обусловлена интоксикацией за счет развивающейся опухоли и нарушением кишечного пищеварения в результате закупорки желчных и панкреатических протоков. Похудание наблюдается у большинства больных, иногда бывает первым симптомом заболевания, предшествуя появлению боли и желтухи. Снижение аппетита встречается более чем у половины больных. Нередко возникает отвращение к жирной или мясной пище. Похудание и снижение аппетита сочетается с нарастающей слабостью, утомляемостью, иногда — тошнотой и рвотой. Иногда наблюдается чувство тяжести после еды, изжога, часто нарушается функция кишечника, появляется метеоризм, запоры, изредка — поносы. Стул обильный, сероглинистого цвета с неприятным зловонным запахом, содержит большое количество жира.

Клиника рака головки поджелудочной железы

В течении заболевания различают дожелтушный и желтушный периоды. Дожелтушный период продолжается около полугода. В это время больные могут предъявлять жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, похудание, тошноту, нарушение стула, слабость, повышенную утомляемость, кожный зуд. Желтушный период наступает после прорастания или сдавления опухолью общего желчного протока. Он характеризуется стойкой и интенсивной механической желтухой, кожным зудом, появлением обесцвеченного кала и темно-коричневой мочи, увеличением размеров печени и желчного пузыря, вызванные застоем желчи. Чем ближе к протоку располагается опухоль, тем раньше возникает желтуха и тем больше возможность радикального лечения. Наряду с желтухой больных беспокоит боль в подреберье или надчревной области, нарастают похудание, слабость, исчезает аппетит. При прорастании двенадцатиперстной кишки или сдав-



лении ее опухолью появляется чувство переполнение желудка, рвота съеденной пищей. Возникает и прогрессирует печеночная недостаточность.

Клиника рака тела и хвоста поджелудочной железы

Желтуха нехарактерна, возникает лишь при распространении опухоли на головку железы или при сдавлении желчных протоков метастазами. Клиническую картину определяют два симптома: сильная постоянная или приступообразная боль в надчревной области и быстрое прогрессирующее похудание. Пальпация надчревной области болезненна, но опухоль удаётся прощупать редко.


При наличии желтухи необходимый минимум обследования включает клинический и биохимический анализы крови, исследование мочи и кала на желчные пигменты, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае обоснованного подозрения на наличие опухоли поджелудочной железы целесообразна компьютерная томография органов верхнего этажа брюшной полости.

Лечение

Лечение рака поджелудочной железы чрезвычайно сложная задача. Единственным способом радикального лечения является оперативное вмешательство.

При раке тела и хвоста поджелудочной железы выполняется ее резекция с удалением селезенки.

При раке головки поджелудочной железы выполняют гастропанкреатодуоденальную резекцию. Операция заключается в пересечении поджелудочной железы в области перешейка, двенадцатиперстной кишки — в области ее перехода в тощую, желудка — в антральном отделе и общего желчного протока — в дистальной части и удалении резецированной зоны одним блоком с последующим восстановлением непрерывности пищеварительной трубки. Большому числу больных из-за запущенности процесса или тяжести общего состояния выполнение радикального вмешательства невозможно. Лечебная

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-179-
--	--	--	-------

помощь таким больным направлена на ликвидацию желтухи. Эффективность лучевой и лекарственной терапии при раке низкая.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

5. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

6. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.


7. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

8. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:



1. Методы исследования для уточнения диагноза опухоли поджелудочной железы.
2. Объем радикального лечения при раке поджелудочной железы.
3. Паллиативные операции, проводимые при раке головки поджелудочной железы, их цель.
4. Процент летальности после оперативного лечения рака поджелудочной железы.
5. Из каких тканей образуются гормонально активные опухоли железы?
6. Как часто инсуломы бывают злокачественными, сочетаются с аденомами других желез?
7. Чем определяется клиника инсулом?
8. Клиника опухолей, развивающихся из инсулин продуцирующих клеток.
9. Клинические проявления опухоли, развивающейся из клеток, продуцирующих желудочный фактор.
10. Клинические проявления гипогликемического синдрома при инсуломе.
11. Тактика лечения больных инсуломой.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Хронический панкреатит (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Этиология, патогенез и патанатомия хронического панкреатита.



2. Классификации хронического панкреатита и его осложнения.
3. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика хронического панкреатита.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез и патанатомию хронического панкреатита.
2. Разобрать классификации хронического панкреатита и его осложнения.
3. Научить диагностировать основные клинические проявления хронического панкреатита и его осложнения.


Формируемые понятия:

1. Знать этиологию, патогенез и патоморфологию развития хронического панкреатита.
2. Знать классификации хронического панкреатита и его осложнения.
3. Уметь дифференцировать хронический панкреатит с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Хронический панкреатит является довольно распространенным заболеванием, которое проявляется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы — сморщивание ее, местами исчезновение ацинусов, пролиферативный фиброз, а также стриктура потока, формирование конкрементов в нем или в ткани железы. Знание клиники хронического панкреатита, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-182-
--	--	--	-------

1. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативное и оперативное лечение.

Блок информации.

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков и значительное нарушение функций поджелудочной железы.

Хронический панкреатит (ХП) — достаточно частое заболевание: в разных странах заболеваемость хроническим панкреатитом составляет 5 – 7 новых случаев на 100 000 человек населения. При этом за последние 40 лет произошел примерно двукратный прирост заболеваемости панкреатитом.

Это связано не только с улучшением способов диагностики хронического панкреатита, но и с увеличением употребления алкоголя в некоторых странах, усилением воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, которые ослабляют различные защитные механизмы.

Причины развития хронического панкреатита

Основные причины развития хронического панкреатита — алкогольный и билиарный (желчный) — чаще встречаются в развитых странах с высоким потреблением алкоголя, белка и жира.

Злоупотребление алкоголем (алкогольный панкреатит).

Ведущая причина – от 40 до 95% всех форм панкреатита, в основном у мужчин.

Распознать его природу трудно. При опросе больной часто заявляет, что пьёт «как все, не больше». Тем не менее пациент с алкогольным панкреатитом потребляет алкоголя существенно больше, чем рекомендуется современными медицинскими постулатами. Поджелудочная железа более чувствительна к алкоголю, чем печень (токсические дозы для печени больше доз для поджелудочной железы на 1/3). Тип алкогольных напитков (бытует миф, что дорогой алкоголь безвреден) и способ их употребления не имеет решающего влияния на развитие ХП.

Клинически выраженные проявления развиваются у женщин через 10 — 12 лет, а у мужчин через 17 — 18 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем.

Основные факторы, влияющие на развитие хронического алкогольного панкреатита:



Первое — это токсическое действие алкоголя. Даже после разового приёма большого количества алкоголя развиваются дегенеративные и гипоксические изменения в ткани поджелудочной железы. При продолжительном употреблении алкоголя образуются очаги некроза поджелудочной железы, образуются камни в протоках железы.

Кроме того алкоголь вызывает спазм сфинктера Одди (место впадения главного панкреатического протока в двенадцатиперстную кишку), тем самым препятствуя нормальному оттоку сока поджелудочной железы. Но это еще не все. Злоупотребление алкоголем приводит к сгущению панкреатического сока, что так же способствует задержке его в протоках поджелудочной железы.

При продолжении секреторной деятельности поджелудочной железы это приводит к прогрессирующему увеличению давления в протоках поджелудочной железы и её отёку.

Заболевания билиарной (желчевыводящей) системы вызывают хронический панкреатит в 25 — 40% случаев, в основном у женщин.

Билиарный хронический панкреатит связан с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Частые рецидивы билиарного панкреатита обычно возникают при миграции мелких и очень мелких камней. Особенно тяжелые и длительные обострения хронического панкреатита наблюдаются после проведения каменогонной терапии (назначения желчегонных препаратов).

Болевые приступы развиваются не у всех больных, даже со сверхмелкими камнями, а у «гурманов», которые вкусными кушаньями провоцируют спазм желчного пузыря, сфинктера Одди и отёк поджелудочной железы. В качестве провокаторов чаще других выступают пироги с мясом, рыбой, грибами, свежие булочки, торты, шоколад, окрошка, солянка, шампанское, холодные шипучие напитки.

Заброс желчи в протоки поджелудочной железы.

Нарушение функции печени при гепатите, циррозе приводит к продукции патологически измененной желчи, содержащей большое количество свободных радикалов, которые при попадании с желчью в панкреатические протоки приводят к образованию камней и развитию воспаления.

Заболевания двенадцатиперстной кишки (ДПК) и большого дуоденального сосочка в развитии хронического панкреатита (БДС)

При патологии ДПК развитие хронического панкреатита часто связано с рефлюксом содержимого ДПК в протоки поджелудочной железы. Рефлюкс возникает при:



- Наличие недостаточности (гипотонии) – папиллиты, дивертикулиты, прохождение камня, нарушение моторики;
- Развитие дуоденального стаза (хронической дуоденальной непроходимости);
- Комбинации этих двух состояний.

Развитие хронического панкреатита может быть осложнением язвенной болезни – пенетрация язвы в поджелудочную железу (вторичный панкреатит).

Алиментарный фактор в развитии хронического панкреатита

Употребление жирной, жареной, острой пищи, низкое содержание белка в рационе (например, фиброз и атрофия поджелудочной железы и её выраженная секреторная недостаточность — наблюдается при циррозе печени, синдроме мальабсорбции).

Генетически обусловленные (наследственные) панкреатиты

Выделяют так называемый наследственный панкреатит – аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью. Так же по сути наследственным является панкреатит при муковисцидозе.

Лекарственные панкреатиты

Встречаются редко. К числу панкреатоповреждающих факторов относят:

- Азатиоприн;
- Эстрогены;
- Глюкокортикостероиды;
- Сульфаниламиды;
- Нестероидные противовоспалительные (бруфен);
- Фуросемид;
- Тиазидные диуретики;
- Тетрациклин;
- Непрямые антикоагулянты;
- Циметидин;
- Метронидазол;
- Ингибиторы холинэстеразы.
- Клиническая картина первичного хронического панкреатита.
- Исходы хронического панкреатита.

Клиническая картина хронического панкреатита характеризуется 3 основными синдромами:



Болевой синдром при хроническом панкреатите;
Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (нарушение переваривания пищи, диарея);
Синдром инкреторной недостаточности (нарушение секреции инсулина, сахарный диабет).

Болевой синдром при хроническом панкреатите

Боль — ведущий признак хронического панкреатита.

Она ощущается преимущественно в левом боку, может иметь характер «опоясывающих» болей, т. е. захватывать весь левый бок с заходом на спину. Отличие болевого синдрома при остром панкреатите в том, что интенсивность болей такова, что больной корчится и не может даже разогнуться. Чаше такие приступы возникают после злоупотребления алкоголем, особенно низкого качества, или его суррогатами, содержащими большое количество токсических примесей. Однако эти приступы могут провоцироваться и приемом избыточного количества чрезмерно жирной или острой пищи.

Обострение хронического панкреатита характеризуется, во-первых, менее сильными болями, а во-вторых, как правило, такие болевые эпизоды повторяются периодически после погрешностей в диете или злоупотреблений алкоголем.

Чаше всего боли появляются после обильной еды, особенно жирной, жареной, часто боли появляются натощак или через 3 — 4 часа после еды, что требует исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и худеют.

Существует определённый суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются) и нарастают к вечеру.

Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно выражены боли в положении лёжа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперёд.

Боль при хроническом панкреатите имеет разнообразное происхождение: она может быть связана с нарушением оттока панкреатического сока, увеличением объема секреции поджелудочной железы, ишемией органа, воспалением окружающей клетчатки, изменением нервных окончаний, сдавлением окружающих органов (желчных протоков, желудка, двенадцатиперстной кишки). В связи с этим первым шагом при лечении такого пациента является проведение тщательного обследования (ультразвуковое исследование, ЭГДС, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, компьютерная томография, эндоскопическое ультразвуковое исследование), которое может выявить некоторые



осложнения панкреатита, например псевдокисты, стриктуры желчных протоков или заболевания, часто сочетающиеся с хроническим панкреатитом.

После предварительного обследования при отсутствии осложнений больным назначают высокую дозу панкреатических ферментов (креон, мезим-форте, панкреатин и т.д.). Чаще всего боль удается купировать при легкой степени тяжести ХП, при отсутствии стеатореи, при преимущественном поражении паренхимы органа ("болезнь мелких протоков"), а также у женщин.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с., 600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>



4. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое хронический панкреатит?
2. Факторы, способствующие возникновению хронического панкреатита.
3. Морфологические изменения, происходящие в поджелудочной железе при развитии хронического панкреатита.
4. Морфологические изменения, преобладающие при алкогольно-токсическом панкреатите и при панкреатите, возникающем при нарушении дренажной функции протоков, дуоденостазе.
5. Функциональные изменения, возникающие вследствие развития фиброза поджелудочной железы.
6. Методы исследования для подтверждения диагноза хронического панкреатита.
7. Изменения, определяемые при ретроградной панкреатографии.
8. Изменения, определяемые в желчных путях при хроническом панкреатите. Их частота.
9. Формы хронического панкреатита, выделяемые в зависимости от распространения склеротических изменений в поджелудочной железе.
10. Клинические формы течения хронического панкреатита.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



**по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Хронический панкреатит (часть 2)**

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Дифференциальная диагностика хронического панкреатита.
2. Тактика ведения больных с хронического панкреатита.
3. Консервативное и оперативное лечение больных с хронического панкреатита.

Целевая установка:


1. Научить дифференциальной диагностике хронического панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Научить тактики ведения больных с хроническим панкреатитом.
3. Разобрать современные способы лечения больных с хроническим панкреатитом и его осложнениями.

Формируемые понятия:

1. Уметь дифференцировать хронический панкреатит с другими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Знать современные способы лечения хронического панкреатита и его осложнений.
3. Знать основные принципы профилактики послеоперационных осложнений хронического панкреатита.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Хронический панкреатит является довольно распространенным заболеванием, которое проявляется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы —

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-189-
--	--	--	-------

сморщивание ее, местами исчезновение ацинусов, пролиферативный фиброз, а также стриктура потока, формирование конкрементов в нем или в ткани железы. Знание клиники хронического панкреатита, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

2. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативное и оперативное лечение.

Блок информации.

Клиническая картина хронического панкреатита характеризуется 3 основными синдромами:

Болевой синдром при хроническом панкреатите;

Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (нарушение переваривания пищи, диарея);

Синдром инкреторной недостаточности (нарушение секреции инсулина, сахарный диабет).

Болевой синдром при хроническом панкреатите

Боль — ведущий признак хронического панкреатита.

Она ощущается преимущественно в левом боку, может иметь характер «опоясывающих» болей, т. е. захватывать весь левый бок с заходом на спину. Отличие болевого синдрома при остром панкреатите в том, что интенсивность болей такова, что больной корчится и не может даже разогнуться. Чаше такие приступы возникают после злоупотребления алкоголем, особенно низкого качества, или его суррогатами, содержащими большое количество токсических примесей. Однако эти приступы могут провоцироваться и приемом избыточного количества чрезмерно жирной или острой пищи.

Обострение хронического панкреатита характеризуется, во-первых, менее сильными болями, а во-вторых, как правило, такие болевые эпизоды повторяются периодически после погрешностей в диете или злоупотреблений алкоголем.

Чаше всего боли появляются после обильной еды, особенно жирной, жареной, часто боли появляются натощак или через 3 — 4 часа после еды, что тре-



бует исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и худеют.

Существует определённый суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются) и нарастают к вечеру.

Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно выражены боли в положении лёжа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперёд.

Боль при хроническом панкреатите имеет разнообразное происхождение: она может быть связана с нарушением оттока панкреатического сока, увеличением объема секрета поджелудочной железы, ишемией органа, воспалением окружающей клетчатки, изменением нервных окончаний, сдавлением окружающих органов (желчных протоков, желудка, двенадцатиперстной кишки). В связи с этим первым шагом при лечении такого пациента является проведение тщательного обследования (ультразвуковое исследование, ЭГДС, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, компьютерная томография, эндоскопическое ультразвуковое исследование), которое может выявить некоторые осложнения панкреатита, например псевдокисты, стриктуры желчных протоков или заболевания, часто сочетающиеся с хроническим панкреатитом.

После предварительного обследования при отсутствии осложнений больным назначают высокую дозу панкреатических ферментов (креон, мезим-форте, панкреатин и т.д.). Чаще всего боль удается купировать при легкой степени тяжести ХП, при отсутствии стеатореи, при преимущественном поражении паренхимы органа ("болезнь мелких протоков"), а также у женщин.

Диспепсический синдром при панкреатите — гиперсаливация (повышенное слюноотделение), отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота, рвота, отвращение к жирной пище, вздутие живота.

Похудание вызвано ограничением в еде из-за болей в животе + недостаточная выработка ферментов поджелудочной железой.

Панкреатогенные поносы и синдромы нарушения всасывания в полости кишечника характерны для тяжёлых и длительно существующих форм хронического панкреатита с выраженным нарушением внешнесекреторной функции (когда функциональная способность поджелудочной железы 10% от исходной).

Поносы обусловлены нарушениями выделения ферментов поджелудочной железы и кишечного пищеварения.



Ненормальный состав химуса раздражает кишечник и вызывает появление поноса. Характерно выделение большого количества зловонного кашецеобразного кала с жирным блеском (стеаторея) и кусочками непереваренной пищи.

При тяжёлых формах хронического панкреатита развиваются симптомы нарушения всасывания питательных веществ, что приводит к снижению массы тела, сухости кожи, полигиповитаминозу, обезвоживанию, электролитным нарушениям, анемии, в кале обнаруживаются крахмал, непереваренные мышечные волокна.

Инкреторная недостаточность проявляется нарушением толерантности к глюкозе, в тяжелых случаях развивается инсулинпотребный сахарный диабет.

Этапы заболевания хроническим панкреатитом

В течение хронического панкреатита можно выделить этапы заболевания: начальный этап болезни протяженностью в среднем 1 — 5 лет (до 10 лет). Наиболее частое проявление - боль различной интенсивности и локализации: в верхней части правой половины живота при поражении головки поджелудочной железы, в эпигастральной области при поражении тела, в левом подреберье при поражении хвоста поджелудочной железы; боли опоясывающего характера связаны с парезом поперечно-ободочной кишки и встречаются нечасто. Диспепсический синдром если и наблюдается, то имеет явно сопутствующий характер и купируется при лечении первым.

Развернутая картина болезни выявляется чаще позднее и продолжается в основном 5 — 10 лет. Основные проявления: боль; признаки внешнесекреторной недостаточности; элементы инкреторной недостаточности (повышение или понижение уровня сахара крови). Признаки внешнесекреторной недостаточности выходят на первое место.

Осложненный вариант течения ХП (в любом периоде). Стихание активного патологического процесса или развитие осложнений чаще возникает через 7-15 лет от начала болезни. У 2/3 больных наблюдается стихание патологического процесса за счет адаптации больного к ХП (алкогольная абстиненция, санация билиарной системы, соблюдение диеты), у 1/3 развиваются осложнения. Изменяется интенсивность болей, или их иррадиация, динамика под влиянием лечения.

Осложнения хронического панкреатита

- панкреатическая протоковая гипертензия (повышение давления в просвете главного панкреатического протока);
- кисты и псевдокисты поджелудочной железы;
- холестаза (застой желчи);



- инфекционные осложнения (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, перитониты, септические состояния);
- обструкция ДПК;
- тромбоз портальной и селезеночной вен;
- подпечёночная портальная гипертензия;
- кровотечения (эрозивный эзофагит, синдром Мэллори-Вейса, гастродуоденальные язвы);
- выпотной плеврит;
- панкреатический асцит;
- гипогликемические кризы;
- абдоминальный ишемический синдром.

Лечение


Лечением больных направлено на:

- устранение болевого синдрома,
- компенсацию экзокринной недостаточности,
- компенсацию эндокринной недостаточности.

Одной из главных проблем в лечении больных хроническим панкреатитом является своевременная диагностика осложнений и направление больного в специализированный хирургический гастроэнтерологический центр на консультацию и возможное оперативное лечение. Чем раньше больной получит квалифицированную помощь, тем больше шансов сохранить функцию поджелудочной железы и высокое качество жизни.

В свою очередь грамотная диагностика хронического панкреатита не возможна без квалифицированной оценки изменений паренхимы поджелудочной железы, ее протоковой системы врачами, а это возможно только в специализированных клиниках имеющих большой опыт в лечении панкреатита. Поэтому мы рекомендуем больным с панкреатитом, неоднократно поступающим в стационар с обострением хронического панкреатита, либо с постоянным болевым синдромом, просить лечащего врача направить его на лечение в такую клинику, для избежания диагностических ошибок.

Возможности консервативного лечения в хронической фазе панкреатита ограничены; медикаментозные препараты, специфически влияющие на развитие хронического панкреатита, практически отсутствуют. Поэтому основные усилия должны быть направлены на смягчение болей, рациональную диетотерапию, коррекцию внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ, а также на устране-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-193-
--	--	--	-------

ние причин развития панкреатита путем купирования воспалительного процесса в желчных путях, борьбы с алкогольной зависимостью пациента.

Необходимость диетотерапии обусловлена снижением у больных хроническим панкреатитом массы тела, наличием авитаминоза; она является также важным средством профилактики обострений панкреатита. Наличие признаков внешнесекреторной недостаточности ПЖ (похудание, стеаторея, повышенное газообразование) требует проведения заместительной терапии современными препаратами с повышенным содержанием липазы, облегчающие коррекцию стеатореи и нарушенного всасывания жирорастворимых витаминов. Использование микрогранулированных препаратов в капсулах, защищенных специальным покрытием (Креон), предупреждает дезактивацию липазы в кислой среде желудка.

Прием ферментных и антисекреторных препаратов также обладает противоболевым эффектом, так как повышая содержание протеаз в просвете начального отдела кишечника, позволяет снизить секрецию панкреатических ферментов и уменьшить давление в протоковой системе и тканях ПЖ.

Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита

Осложнения панкреатита являются показанием к его оперативному лечению.


Для ликвидации осложнений выполняются прямые операции на поджелудочной железе. Арсенал их разнообразен, учитывает различные варианты поражения железы, но все они делятся на две большие группы – операции, направленные на дренирование главного панкреатического протока, и вторая группа – операции, направленные на резекцию фиброзных тканей самой поджелудочной железы.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-194-
--	--	---	-------

ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

5. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.
6. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.
7. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
8. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Особенности анамнеза у больных хроническим панкреатитом.
2. Изменения, выявляемые при глубокой пальпации области поджелудочной железы.
3. Мероприятия, входящие в комплекс лечения больных хроническим панкреатитом.
4. Виды операций, производимые больным хроническим панкреатитом при нарушении проходимости протоков поджелудочной железы и при сужении канала большого сосочка двенадцатиперстной кишки.
5. Операция, производимая при склеротических изменениях в поджелудочной железе.



6. Оценка хронического панкреатита с онкологических позиций.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по «Госпитальной хирургии» для студентов педиатрического факультета по теме: Хирургические заболевания надпочечников (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Понятие о физиологических процессах, происходящих в надпочечниках и роли различных гормонов.
2. Влияние других желез внутренней секреции на патологию надпочечников.
3. Классификация различных заболеваний надпочечников.
4. Этиология, патогенез, клиника заболеваний надпочечников

Целевая установка:

1. Разобрать понятие о физиологических процессах, происходящих в надпочечниках и роли различных гормонов.
2. Разобрать влияние других желез внутренней секреции на патологию надпочечников.
3. Разобрать классификация различных заболеваний надпочечников.
4. Разобрать этиологию, патогенез, клинику заболеваний надпочечников

Формируемые понятия:



1. Знать понятие о физиологических процессах, происходящих в надпочечниках и роли различных гормонов.
2. Знать влияние других желез внутренней секреции на патологию надпочечников.
3. Знать классификация различных заболеваний надпочечников.
4. Знать этиологию, патогенез, клинику заболеваний надпочечников

Значение изучаемого материала для последующего использования:

В клинической практике хирурги наиболее часто встречаются с различными новообразованиями надпочечников. Опухоли надпочечников могут быть доброкачественными и злокачественными, гормонально-активными с характерными, порой весьма яркими клиническими проявлениями, оказываются случайной находкой в ходе обследования пациента по поводу другого заболевания. Своевременная диагностика и современное лечение способствуют улучшению результатов лечения и качества жизни больных, снижению общей и послеоперационной летальности.

Блок информации.

Надпочечники (gl. suprarenales) - парные железы внутренней секреции, расположенные в забрюшинном пространстве непосредственно над верхними полюсами почек на уровне XI-XII грудных позвонков. Каждый надпочечник покрыт фиброзной капсулой, содержащей мышечные и эластичные волокна. Вес каждого надпочечника варьирует от 4 до 8 грамм, длина – 4,5 см., ширина – 3 см., толщина – 0,6 см.

Строение надпочечников сложное. Они состоят из вторично объединенных в один орган двух разнородных железистых образований, из которых сформировались корковый и мозговой слой железы. Таким образом, кора и медуллярный слой надпочечников имеют различное эмбриональное происхождение, гистологическое строение и гормональную продукцию.



Надпочечники обильно снабжаются кровью. Через 1 грамм надпочечниковой ткани за 1 минуту протекает 6 мл крови. Число артерий кровоснабжающих каждую железу достигает 50, которые исходят из 6 артериальных стволов: aorta, a. renalis, a. phrenica inferior, a. mesenterica superior, a. capsularis renis, a. suprarenalis dorsalis. Артериальное и венозное кровоснабжение, а также лимфоотток из коркового и мозгового слоев надпочечников осуществляется отдельно.

Корковое вещество надпочечников включает в себя клубочковую, пучковую и сетчатую зоны, ведет свое начало от мезодермы – от бугорка целомического эпителия, находящегося в непосредственной близости к зачатку половых желез. Мозговое вещество происходит из невротктодермы и ведет свое начало из складок симпатического ствола. Его клетки дифференцируются в симпатобласты и в хромоаффинобласты, которые постепенно переходят в феохромоциты, составляющие мозговое вещество надпочечников.

С клинической точки зрения наиболее удобно разделить стероидные гормоны коры надпочечников на 3 группы:

I - минералокортикоиды с главными представителями альдостероном и дезоксикортикостероном (ДОК);


II - глюкокортикоиды,- биологически активны кортикостерон, кортизон, гидрокортизон (кортизол);

III - половые кортикостероиды – андрогенкортикоиды, эстрогенкортикоиды, прогестеронокортикоиды.

Минералокортикоиды синтезируются только в клубочковой зоне коры надпочечников, регулируют водно-солевой обмен, поддерживая количество калия и натрия в плазме крови и тканях на определенном уровне и в определенных взаимоотношениях путем:

- повышения реабсорбции натрия в дистальных канальцах почки, благоприятствуя выделению калия с мочой;

- извлечения калия и поступления натрия и воды в клетку.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-198-
--	--	--	-------

Биологическое действие глюкокортикоидов, биосинтез которых происходит в пучковой зоне надпочечников, отражается преимущественно на углеводном, белковом, жировом обмене. Влияние на обмен углеводов заключается:

- в стимуляции глюконеогенеза из белков, следствием чего является повышение сахара крови;
- подавлении гликогенолиза в печени;
- стимуляции отложения гликогена в печени и мышцах;
- снижении потребления углеводов тканями;
- противодействию эффекту инсулина в клетке – диабетогенное действие (стероидный диабет).


Глюкокортикоиды усиливают катаболизм белков, при патологическом усилении которого происходит:

- остеопороз, амиотрофия и астения мышц, атрофия кожи и лимфоидной ткани;
- негативный азотный баланс с повышенным выделением азота, креатинина и мочевой кислоты из организма;
- повышение образования аммиака, действующего возбуждающе на ЦНС.

Благоприятствуя всасыванию жиров в кишечнике и мобилизации их из жирового депо, глюкокортикоиды вызывают повышение уровня жиров в крови.

В сетчатой зоне коры надпочечников синтезируются половые гормоны, воздействующие на вторичные половые признаки, оказывающие анаболическое действие на белки.

Мозговое вещество надпочечников синтезирует 3 вида гормонов: адреналин, норадреналин и изопротеренол, называемые общим наименованием катехоламины. Общий эмбриогенез мозгового слоя надпочечников и симпатической нервной системы объясняет их тесную функциональную близость.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-199-
---	--	--	-------

Норадреналин и изопротеренол синтезируются в хромоаффинной ткани организма, находящейся помимо надпочечников в параганглиях, симпатических ганглиях, шишковидной железе.

Адреналин образуется из норадреналина путем его метилирования под влиянием метилтрансферазы только в мозговом слое надпочечников. Исходным субстратом биосинтеза гормонов мозгового слоя надпочечников является аминокислота тирозин.

Попавшие в кровоток катехоламины фиксируются к протеинам клеток крови, в основном к тромбоцитам. Катаболизм этих гормонов происходит очень быстро, конечным продуктом распада является биологически неактивная винилминдальная кислота.


В разных органах существует два вида адренэргических рецепторов – α и β , которые воспринимают раздражение различными катехоламинами и дают соответствующие ответы. Число α -рецепторов больше и они принимают участие в провокации реакции возбуждения, по отношению к которой наиболее активным является адреналин. В процессах успокоения и релаксации принимают участие β -рецепторы, во взаимодействии с которыми наибольшее значение имеет изопротеренол.

В результате возбуждения α -рецепторов наступают: вазоконстрикция, повышение секреции АКТГ, мидриаз (расширение зрачков), блокада автономных ганглиев.

Раздражение β -рецепторов приводит к расширению кровеносных сосудов мышц, тахикардии, расслаблению гладкой мускулатуры (кишечник, матка, бронхи).

Действие катехоламинов на сердечно-сосудистую деятельность:

- Адреналин – вызывает сужение сосудов чревной области и кожных артериол; расширение сосудов поперечнополосатой мускулатуры, кишечника, миокарда;

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-200-
---	--	---	-------

- Норадреналин – сужение сосудов и скелетной мускулатуры.

Адреналин вызывает увеличение ударного и минутного объема сердца, учащает и усиливает его сокращение, повышает возбудимость сердца вплоть до фибрилляции. Норадреналин замедляет сердечную деятельность. Оба гормона оказывают гипертензивный эффект, причем адреналин повышает АД, непосредственно воздействуя на миокард, а норадреналин – путем генерализованного суживающего воздействия на периферические сосуды.


Существует очень близкая взаимосвязь между надпочечниками и гипофизом. После гипofизэктомии наступает атрофия надпочечников и, наоборот, после адреналэктомии обнаруживают дистрофические изменения в гипофизе. Однако после удаления гипофиза происходит атрофия только пучковой (глюкокортикоиды) и сетчатой (половые гормоны) зоны коры надпочечников.

Не менее сложная связь имеется между надпочечниками и щитовидной железой. Гипертиреозидизм сопровождается выраженной гиперфункцией и гиперплазией надпочечников как компенсаторной реакцией организма против резко усиленного метаболизма.

Взаимная связь между надпочечниками и половыми железами ясно выражена при различных состояниях, связанных с выпадением функции тех или иных желез. Это дает основание некоторым авторам допускать возможность самостоятельного функционирования «надпочечнико-половой системы». При болезни Аддисона у женщин наступает вторичная аменорея, гипоплазия матки и яичников, а у мужчин развивается импотенция с атрофией яичек и предстательной железы.

По принципу обратной связи надпочечники также функционируют с паращитовидными и вилочковой железой.

Хирургические заболевания коры надпочечников. При выпадении секреторной активности всей коры развивается первичный гипокортицизм или болезнь Аддисона, причинами которой могут быть разрушение коркового вещества туберкулезным процессом, дегенеративные процессы, фиброзная атрофия, амилоидоз.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-201-
--	--	--	-------

доз, сифилис. Трансплантация надпочечников, возможно, окажется в будущем способом решения проблемы первичного гипокортицизма.

Когда функция всех зон коры надпочечников становится чрезмерно повышенной, развивается пангиперкортицизм или синдром Иценко-Кушинга.


При нем преобладает гиперпродукция глюкокортикоидов, ввиду чего само заболевание носит также и название гиперглюкокортицизм. Этот синдром характеризуется нарушением всех процессов обмена. Поэтому он известен и под названием супраренометаболический синдром.

При поражении клубочковой зоны коры надпочечников наступает гиперсекреция минералокортикоидных гормонов, что вызывает нарушение водно-электролитного равновесия организма. Заболевание известно под названием синдрома Конна или гиперальдостеронизма.

Изолированная секреторная активность клеток сетчатой зоны выражается гиперпродукцией андрогенных и эстрогенных гормонов, проявляющейся в виде адено-генитального синдрома Аперта-Галле.

Клиническая картина синдрома Иценко-Кушинга изобилует разнообразными супраренометаболическими синдромами. Ожирение андроида типа с типичным перераспределением жировых депо, является одним из начальных и наиболее характерных симптомов, охватывающее лицо и преимущественно верхнюю часть туловища, а конечности при этом остаются тонкими в противовес полноте тела. Лицо становится полным, круглым, с огненно-красными щеками – так называемое лунообразное лицо (*facies lunata*).

Полнокровие обусловлено сосудорасширяющим влиянием глюкокортикоидов на сосуды кожи. Короткая шея с выраженным кифозом шейных позвонков и отложением жировой ткани у основания шеи называют «шеей бизона». Живот очень больших размеров, иногда свисает перед лобком как «передник». Рубцовые полосы на коже при синдроме Иценко-Кушинга отличаются от полос при бере-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-202-
--	--	--	-------

менности и при обычном ожирении по своему характерному сизо-багровому цвету, поэтому большинство ученых называют их красными полосами (*striae rubrae*).


Очень часто при гиперглюкокортицизме наблюдается гирсутизм, выражающийся у женщин оволосением подбородка, верхней губы, кожи вокруг сосков и конечностей, что связано с повышенной секрецией андрогенов. Часто наступают расстройства менструального цикла в виде дисменореи, гипо- или аменореи. Генерализованный остеопороз скелета наиболее сильно охватывает позвоночник, ребра, кости черепа.

Мышечная слабость, повышенная утомляемость, гипертония, нарушение выделительной системы почек с обнаружением в осадке мочи эритроцитов и гиалиновых цилиндров; нарушение антитоксической, холестеринфиксирующей, протромбинообразующей функций печени; психические расстройства в виде депрессии и меланхолии; нарушение углеводного обмена с развитием инсулинрезистентного стероидного диабета – также являются симптомами синдрома Иценко-Кушинга с частотой встречаемости от 30 до 90%.

Показания к хирургическому лечению синдрома Иценко-Кушинга считают абсолютными при верифицированной опухоли гипофиза или надпочечника, а также при тяжелой эволюции синдрома, обусловленной гиперплазией коры надпочечников, развившейся вторично под влиянием гипоталамо-гипофизарной системы.

Опухолевая гипофизарная этиология синдрома встречается редко (1-10%). Основными клиническими симптомами гиперглюкокортицизма в этих ситуациях являются пигментация аддисонового типа и компрессия перекрестка зрительных нервов. Наличие аденомы внутри турецкого седла является показанием к гипофизэктомии через трансназо-сфеноидальный доступ или имплантации радиоактивного изотопа в гипофиз.

Показаниями к адреналэктомии при синдроме Иценко-Кушинга являются опухоль или гиперплазия коры надпочечников. В 40-60% наблюдений новообра-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-203-
--	--	---	-------


зования оказываются злокачественными. Хирургическое удаление новообразований следует проводить как можно раньше и максимально радикально, так как они нередко претерпевают злокачественное перерождение. В ситуациях, когда в результате обследования у клиницистов отсутствуют явные рентгенологические и офтальмологические признаки гипофизарной опухоли и имеется супраренометаболический синдром, показана адреналэктомия. При своевременно выполненной операции еще до наступления тяжелых дистрофических изменений во внутренних органах можно достигнуть стойкого излечения больных.

В настоящее время расширенная субтотальная или тотальная билатеральная адреналэктомия считается патогенетически обоснованной хирургической операцией, несмотря на то, что она не всегда направлена на первоисточник заболевания; которая не приводит к нарушению функции других эндокринных желез, как это бывает после гипофизэктомии.

При тяжелых формах с быстрой эволюцией процесса предоперационная подготовка включает в себя назначение антикортизоловых препаратов (хлодитан) с целью угнетения чрезмерной секреции глюкокортикоидных гормонов и для снижения оперативного риска. В послеоперационном периоде проводят длительную заместительную терапию дексаметазоном для подавления адренотропной гиперреактивности гипофиза. В тяжелых ситуациях также показана послеоперационная рентгенотерапия гипофиза для стойкого ингибирования чрезмерного возбуждения гипоталамо-гипофизарной системы.

Оперативные доступы к надпочечникам:

1 – абдоминальный – срединная лапаротомия; применяется у худых больных при неясном клинико-анатомическом диагнозе синдрома Иценко-Кушинга, при наличии феохромоцитомы, гиперальдостеронизме (с-м Конна), адреногенитальном синдроме Apert-Gallais. При подтвержденном диагнозе супраренометаболического синдрома (с-м Иценко-Кушинга) этот доступ не применяется из-за его высокого травматизма;

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-204-
---	--	--	-------


2 – внебрюшинные доступы: передние (косой по Бази), боковые (поперечный по Леришу), задние (по Юнгу – через поясничную мускулатуру);

3 – чрезгрудинные: чрездиафрагмальный заднее-боковой забрюшинный; то-раколапаротомный; клюшкообразный в поясничной области по Смитуэйку.

Симптоматология первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) является проявлением выраженного уменьшения уровня калия в сыворотке крови. В 70% наблюдений с-м Конна вызывается чрезмерной продукцией альдостерона доброкачественной одиночной аденомой - альдостеромой. У 15 % пациентов наблюдается полиаденоматоз обоих надпочечников, у 9% - двухсторонняя диффузная гиперплазия клубочковой зоны коры надпочечников, а у 6% - в коре нет никаких изменений. Крайне редко гиперальдостеронизм вызывается злокачественной опухолью.

Чрезмерная продукция альдостерона приводит к повышению уровня натрия и снижению уровня калия в сыворотке крови, что приводит к вторичному поражению почечных канальцев. Потеря калия вызывает снижение внутриклеточного калия, к его частичному замещению ионами водорода из внеклеточной жидкости, повышению выделения хлора с мочой и развитию гипохлоремического алкалоза. Почки теряют способность концентрировать мочу, развивается полиурия, полидипсия, гипостенурия. Низкий уровень калия в сыворотке ингибирует действие антидиуретического гормона на реабсорбцию воды в почечных канальцах, усиливая полиурию. Гипернатриемия вызывает задержку воды, приводит к гиперволемии и артериальной гипертензии. Несмотря на повышенную реабсорбцию натрия при первичном гиперальдостеронизме ввиду существующей полиурии, отеки не появляются.

Характерными признаками с-ма Конна являются: приступы мышечной слабости, достигающие вялого паралича нижних конечностей; преходящая тетания; парестезии, гипертония, полиурия, полидипсия, никтурия, головные боли.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-205-
--	--	--	-------

Консервативное медикаментозное лечение первичного гиперальдостеронизма дает лишь паллиативный эффект, действие его кратковременное, поэтому оно проводится только для подготовки к оперативному лечению. С этой целью применяют спиронолактоны – антагонисты альдостерона.

Адрено-генитальный синдром Аперта-Галле обуславливается гиперпродукцией андрогенных и эстрогенных гормонов, причиной которой чаще всего выступает врожденная диффузная гиперплазия сетчатой зоны коры надпочечников, реже – доброкачественной или злокачественной опухоли коры. Заболевание может быть следствием развития в яичниках или яичках гормонально активных опухолей.

Злокачественные новообразования диагностируются преимущественно в детском возрасте, а у взрослых они встречаются редко. В возрасте до 10 лет опухоли коры надпочечников, приводящие к развитию адрено-генитального синдрома, чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков в соотношении 4:1 или 5:1.

Так как при синдроме Аперта-Галле надпочечники в равной мере секретируют и женские и мужские половые гормоны, его клинические проявления могут выражаться и в изо-, и в гетеросексуальном направлении. Синдром передается по наследству как рецессивный признак.

Для врожденной формы заболевания характерно появление его признаков непосредственно после рождения. Обычно преобладает секреция андрогенных гормонов, обуславливающая развитие вирилизма. Вследствие этого у женщин появляются гетеросексуальные признаки, а у мужчин - усиливаются изосексуальные. Гораздо реже наблюдается преобладание чрезмерной продукции эстрагенов, приводящие к гиперфеминизации женщин и феминизации мужчин.

Установлено, что надпочечники начинают функционировать еще в период внутриутробного развития плода. Ввиду этого при адрено-генитальном синдроме избыточное количество андрогенов и эстрагенов воздействуют на уже оформленный в половом отношении плод. Изменения половой системы, первичных и вто-



ричных половых признаков тем более четко и сильно выражены, чем в более раннем периоде развития плода наступила чрезмерная функция коры надпочечников.

Приобретенная форма гиперплазии коры надпочечников может проявиться во время или через много лет после пубертатного периода.

Большое разнообразие и сложность клинических форм синдрома вызваны различными соотношениями андрогенных и эстрагенных гормонов и их метаболитов, воздействующих на формирование внутренних и внешних половых органов и, особенно, на вторичные половые признаки.

Обычно принято делить адено-генитальный синдром на врожденный и приобретенный, опухолевого и неопухолевого происхождения, и по тому, у индивидов какого пола он развился – мужского или женского:

I – Адено-генитальный синдром у лиц мужского пола:

A – Врожденная изосексуальная форма АГС у мальчиков,

B – Приобретенная изосексуальная форма АГС у лиц мужского пола,

II – Адено-генитальный синдром у лиц женского пола:

A – Врожденная вирилизирующая гетеросексуальная форма АГС у новорожденных девочек,

B – Приобретенная вирилизирующая гетеросексуальная форма АГС у девочек,

III – Феминизирующий адено-генитальный синдром:

A – Врожденная феминизирующая гетеросексуальная форма у лиц мужского пола (мужской псевдогермафродитизм),

B – Приобретенная феминизирующая гетеросексуальная форма у мужчин,

C – Феминизирующая изосексуальная форма АГС у женщин.

При врожденных формах синдрома Аперта-Галле симптомы заболевания появляются еще при рождении ребенка в виде выраженных изменений внешних половых органов. Впоследствии симптомы заболевания постоянно и прогрессивно нарастают. Когда ребенок рождается нормальным, а симптомы АГС быстро и



бурно развиваются спустя некоторое время, чаще всего верифицируется злокачественно перерождающаяся опухоль коры надпочечника.

Хирургическое лечение синдрома Аперта-Галле показано:

- 1) Когда причиной заболевания является доброкачественная или злокачественная опухоль коры надпочечников;
- 2) При смешанных формах синдрома, когда гиперандройдные симптомы заболевания комбинируются с гиперглюкокортицизмом или гиперальдостеронизмом;
- 3) При гиперпластических формах синдрома, не поддающихся лечению кортикоидными гормонами (кортизоном или его производными - преднизолоном, дексампетоном).

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.



2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина. - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Анатомия и физиология надпочечников.
2. Классификация заболеваний надпочечников.
3. Методы диагностики заболеваний надпочечников.
4. Клиника, диагностика, лечение гормонально-активных опухолей надпочечников.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:**

Хирургические заболевания надпочечников (часть 2)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:



1. Понятие о физиологических процессах, происходящих в надпочечниках и роли различных гормонов.
2. Влияние других желез внутренней секреции на патологию надпочечников.
3. Классификация различных заболеваний надпочечников.
4. Этиология, патогенез, клиника заболеваний надпочечников
5. Диагностика, дифференциальный диагноз и хирургическое лечение заболеваний надпочечников;
6. Особенности клинической картина при кортикостероме, кортикоэстероме, альдостероме (синдроме кона), феохромоцитоме. Тактика ведения больного, показания к оперативному лечению, объем оперативного лечения, прогноз.

Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез, клинику заболеваний надпочечников
2. Разобрать диагностику, дифференциальный диагноз и хирургическое лечение заболеваний надпочечников.
3. Разобрать особенности клинической картины при кортикостероме, кортикоэстероме, альдостероме (синдроме Кона), феохромоцитоме. Тактика ведения больного, показания к оперативному лечению, объем оперативного лечения, прогноз.

Формируемые понятия:

1. Знать понятие о физиологических процессах, происходящих в надпочечниках и роли различных гормонов.
2. Знать влияние других желез внутренней секреции на патологию надпочечников.
3. Знать классификация различных заболеваний надпочечников.
4. Знать этиологию, патогенез, клинику заболеваний надпочечников



5. Знать диагностику, дифференциальный диагноз и хирургическое лечение заболеваний надпочечников.
6. Знать особенности клинической картины при кортикостероме, кортикоэстероме, альдостероме (синдроме Кона), феохромоцитоме. Тактика ведения больного, показания к оперативному лечению, объем оперативного лечения, прогноз.

Значение изучаемого материала для последующего использования:


В клинической практике хирурги наиболее часто встречаются с различными новообразованиями надпочечников. Опухоли надпочечников могут быть доброкачественными и злокачественными, гормонально-активными с характерными, порой весьма яркими клиническими проявлениями, оказываются случайной находкой в ходе обследования пациента по поводу другого заболевания. Своевременная диагностика и современное лечение способствуют улучшению результатов лечения и качества жизни больных, снижению общей и послеоперационной летальности.

Блок информации.

Хирургическое лечение синдрома Аперта-Галле показано:

- 1) Когда причиной заболевания является доброкачественная или злокачественная опухоль коры надпочечников;
- 2) При смешанных формах синдрома, когда гиперандройдные симптомы заболевания комбинируются с гиперглюкокортицизмом или гиперальдостеронизмом;
- 3) При гиперпластических формах синдрома, не поддающихся лечению кортикоидными гормонами (кортизоном или его производными - преднизолоном, дексампетононом).

Хирургические заболевания мозгового вещества надпочечников.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-21-
--	--	--	------


При гиперсекреции мозгового вещества надпочечников, вызванной гормонально активной медуллярной опухолью феохромоцитомой, в ток крови поступают большие количества адреналина, норадреналина и изопротеренола, обуславливающие картину злокачественной пароксизмальной или перманентной гипертонии.

Макроскопически феохромоцитомы представляют собой плотные или кистозные образования округлой формы, имеющие хорошо выраженную капсулу. Хромаффинные опухоли обычно хорошо васкуляризованы и не срастаются с соседними органами, благодаря чему их легко удаляют.

Злокачественные феохромобластомы составляют 6-10% от общего числа хромаффинных опухолей. Обычно такие опухоли располагаются вне надпочечников и исходят из параганглиев.

Гистологически очень трудно доказать злокачественный характер гипертензивных опухолей, так как и при доброкачественных формах в хромаффинных клетках наблюдаются полиморфизм, атипичность, гиперхромия, наличие множественных митозов и даже прорастание в кровеносные сосуды.

Пароксизмальная форма гипертонии встречается в 25-30% наблюдений и характеризуется приступообразным повышением АД до 300 мм.рт.ст. Общее состояние в этих ситуациях обусловлено наступлением гиперадренэргического синдрома: больной напряжен, испытывает чувство неопределенного страха, мучительно скован, кожа лица приобретает мертвецкую бледность, кожа на теле становится «гусиной», зрачки расширяются (мидриаз), иногда отмечаются нарушения слуха и зрения; в тяжелых случаях развивается психическая дезориентация, нарушение речи, помрачение сознания, эпилептиформные судороги. Пульс в начале криза учащенный – 120-160 в минуту, однако у 20% больных наблюдается брадикардия – 40-60 в минуту вследствие рефлекторного раздражения вагусов гиперадреналинемией. На ЭКГ видны различные нарушения ритма – от синусовой

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-212-</p>
--	---	--	--------------

тахикардии до мерцания желудочков. Кризис гипертензии может сопровождаться диспноэ и резким повышением температуры до 42 градусов.

Во время приступа гипертензии количество лейкоцитов в крови возрастает до 20-30 000, у 50-60% больных наблюдается гипергликемия и глюкозурия, вызванные мобилизацией гликогена адреналином.

В конце криза АД быстро падает до нормы и даже ниже. Лицо больного обливается потом и краснеет, что связано с нарушением терморегуляции. Выделение мочи обильное, больной чувствует себя после приступа истощенным. Продолжительность криза чаще всего 5-10 минут, иногда 1-2 часа. Криз может закончиться летальным исходом вследствие кровоизлияния в мозг, острого отека легких или тяжелого коллапса.

В интервалах между кризами больные чувствуют себя совершенно здоровыми. В начале заболевания пароксизмы бывают с интервалами в несколько месяцев, затем учащаются.

Перманентная гипертензия возникает у 60-70% пациентов с феохромоцитомой, когда мозговое вещество надпочечников секретирует преимущественно норадреналин. У половины больных на фоне постоянной гипертензии наблюдаются пароксизмы, однако они не очень ясно выражены.

Перманентная гипертензия характеризуется упорностью и не поддается лечению обычными антигипертензионными препаратами. Она сочетается с метаболическими нарушениями и встречается в молодом возрасте.

Больные феохромоцитомой с постоянной гипертензией имеют характерный вид: бледные кожные покровы, пониженного питания, с постоянной и умеренной фебрильностью, тахикардией, беспокойством и обильным потоотделением, которое наступает после приема пищи или эмоциональных переживаний и длится всего несколько минут. Обильное потоотделение имеет дифференциально-диагностическое значение, так как оно отсутствует при эссенциальной гипертензии. АД, когда больной стоит, часто понижается.



Нарушения метаболизма связаны с адреналиновой стимуляцией выделения гипофизом ТТГ, что вызывает в той или иной мере выраженные явления гипертиреозидизма. Во время гипертонических кризов основной обмен повышается до +30%-+75%, так как адреналин повышает чувствительность тканей к тироксину. Нередко наблюдается увеличение щитовидной железы и экзофтальм. При наличии повышенного основного обмена, похудания, нейро-вегетативных нарушений, тремора, экзофтальма и небольшого повышения поглощения радиоактивного йода можно по ошибке поставить диагноз базедовой болезни. Определение уровня белковосвязанного йода, холестерина и проведение рефлексограммы предохраняет от такой ошибки.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

5. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

6. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина. - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. :



Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

7. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

8. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Клиника, диагностика, лечение гормонально-неактивных опухолей надпочечников.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний надпочечников.
3. Осложнения заболеваний надпочечников.
4. Осложнения оперативного лечения заболеваний надпочечников.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по «Госпитальной хирургии» для студентов педиатрического факультета по теме: Паразитарные заболевания (часть 1)

Количество часов – 2.

Основные вопросы для изучения:

1. Понятие о физиологических процессах, происходящих при гельминтозах
2. Классификация различных заболеваний
3. Этиология, патогенез, клиника заболеваний эхинококкоза



Целевая установка:

1. Разобрать понятие о физиологических процессах, происходящих при гельминтозах.
2. Разобрать влияние паразита.
3. Разобрать классификация различных заболеваний
4. Разобрать этиологию, патогенез, клинику заболеваний

Блок информации.

Возбудителем эхинококкоза человека является личиночная стадия цепня эхинококка - *Echinococcus granulosus*.


Половозрелая форма эхинококка - мелкая цестода длиной 2,5 - 5,4 мм, шириной 0,25 - 0,8 мм. Она состоит из грушевидного сколекса, шейки и 3 - 4 члеников.

Сколекс снабжен четырьмя присосками и короной из двух рядов крючьев (28 - 50).

За сколексом идет короткая шейка и членики, первые два - незрелые, третий гермафродитный и четвертый - зрелый. Зрелый членик (длина 1,27 - 3,17 мм) заполнен растянутой маткой, представляющей собой широкий продольный ствол с боковыми выпячиваниями. Матка набита яйцами (400 - 600 штук), не отличающимися по своему строению от яиц бычьего и свиного цепней (тениид), содержащих внутри шестикрючную онкосферу.

Половозрелая форма - цепень эхинококка - паразитирует только у животных: собак, волков, шакалов, лисиц, которые являются окончательными хозяевами. Личиночная стадия - эхинококковая киста - паразитирует у промежуточных хозяев - различных травоядных и всеядных копытных животных (овцы, козы, крупный рогатый скот, свиньи, лошади и др.) и человека.

Эхинококковая киста представляет собой пузырь весьма сложной структуры. Снаружи он окружен слоистой оболочкой (кутикулой), толщина которой иногда достигает 5 мм. Под многослойной кутикулярной оболочкой лежит тонкая

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-216-
--	--	--	-------

внутренняя зародышевая (герминативная) оболочка, которая продуцирует выводковые капсулы со сколексами, дочерние пузыри, а также дает рост слоистой оболочке.

Выводковые капсулы представляют собой небольшие пузырьковидные образования, рассеянные на зародышевой оболочке и соединенные с ней тоненькой ножкой. Они имеют то же строение, что и основной пузырь, но с обратным расположением оболочек (снаружи герминативная, внутри - слоистая). Каждая выводковая капсула содержит прикрепленные к ее стенке сколексы, ввернутые внутрь и имеющие типично для цепней строение. Пузырь заполнен жидкостью, играющей роль защитной питательной среды для выводковых капсул и сколексов.

В жидкости могут находиться свободно взвешенные, оторвавшиеся сколексы и выводковые капсулы, так называемый гидатидозный песок.

Пузырь постепенно покрывается соединительнотканной оболочкой. Нередко в такой материнской кисте, помимо выше перечисленных элементов, содержатся еще так называемые дочерние пузыри, имеющие такое же строение, а внутри них - внучатые пузыри.

Такие кисты наблюдаются у человека. Иногда дочерние пузыри образуются не внутри материнской кисты, а снаружи. Такие пузыри называют экзогенными.


Эхинококковые кисты, образующиеся у животных, как правило, не содержат выводковых капсул и сколексов, их называют ацефалоцистами. У человека эта форма не встречается.

Жизненный цикл возбудителя

Цепень эхинококка является биогельминтом. Его развитие происходит со сменой двух хозяев.

Окончательными хозяевами являются многочисленные представители псовых (Canidae): собаки, волки, шакалы, гиены, корсаки, куницы, хорьки и др.

Промежуточными хозяевами служат представители 60 видов млекопитающих, в том числе все сельскохозяйственные животные: овцы, козы, свиньи, круп-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-217-
--	--	---	-------


ный рогатый скот, верблюды, медведи, обезьяны и др., а также человек, который является для гельминта биологическим тупиком.

Половозрелые особи цепня паразитируют в тонкой кишке животного - окончательного хозяина. Зрелые членики гельминта отторгаются от стробилы и с испражнениями выходят во внешнюю среду. Так как зрелые членики подвижны, они могут выделять из заднепроходного отверстия активно, загрязняя при движении шерсть животного. Так как передвижение члеников беспокоит животное, оно помогает себе слизыванием, покусыванием перианальной области, загрязняя при этом шерсть морды и других поверхностей тела; потираясь о поверхности заборов, стен, почвы он загрязняет и эти объекты. Членики, попав на поверхность почвы, могут расползаться и загрязнять почву в радиусе 25 см. Яйца во внешней среде сохраняют жизнеспособность довольно долго. Они инвазионны для промежуточного хозяина, заражение которого происходит преимущественно пероральным путем.

Человек также является промежуточным хозяином, но факультативным, который не влияет на циркуляцию возбудителя в природе. (Однако И. Ю. Геллер описала случаи возможного заражения собак, имевших доступ к больничным мусоросборникам, куда выбрасывали удаленные хирургическим путем пораженные кистами органы человека).

В кишечнике человека или промежуточного хозяина - животного - из яиц освобождаются зародыши, которые своими крючьями пробивают стенку кишки, кровеносные сосуды и по воротной вене заносятся в печень. Это первый барьер по пути следования по кровотоку, где застревает большая часть онкосфер. Вследствие этого эхинококковые кисты чаще всего образуются в печени.

Онкосферы, преодолевшие печеночный барьер, движутся по малому кругу кровообращения в направлении легких, где часть их также оседает - второй барьер по пути следования.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-218-
---	--	--	-------

Те онкосферы, которые попадают в большой круг кровообращения, могут быть занесены в любой другой орган. Осев в том или ином органе, они превращаются в ларвоцисту - однокамерный пузырь, достигающий в диаметре 15 см и более и имеющий сложную структуру. Его полость заполнена жидкостью, в которой содержатся дочерние, а в них внучатые пузыри с многочисленными выводковыми капсулами, сколексами, инвазионными для окончательного хозяина. Окончательные хозяева - животные - заражаются при поедании пораженных эхинококковыми кистами органов промежуточных хозяев. Попад в тонкую кишку окончательного хозяина, освободившиеся из кисты сколексы прикрепляются крючьями и присосками к слизистой оболочке и начинают развиваться в половозрелые особи. Взрослые паразиты образуются за 64 - 97 дней, а срок их жизни в кишечнике животного исчисляется 5 - 10 месяцами. Выделение зрелых члеников продолжается 63 - 113 дней.


Патогенез, клиника

Человек заражается эхинококкозом преимущественно перорально, и в связи с гематогенным путем ра пространства онкосферы могут поражать любой орган, любую ткань, но чаще всего печень (44 - 85%), затем легкие (15 - 20%) в более редких случаях по большому кругу кровообращения - почки, кости, головной и спинной мозг и другие органы.

В пораженных органах может развиваться одна киста или сколько - множественный эхинококкоз в зависимости от занесенных онкосфер.

Патологическое влияние эхинококка обусловлено механическим и сенсibiliзирующим влиянием растущей личинки. Размеры кист от 1 - 5 см в диаметре до гигантских кист, содержащих несколько литров жидкости. Механическое воздействие такой кисты приводит к нарушению функции пораженного органа. Локализация и размеры определяют основную симптоматиологию и тяжесть заболевания.

Сенсибилизация организма продуктами обмена паразита ведет к развитию гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. Ярким проявлением

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-219-
---	--	---	-------

аллергической реакции немедленного типа являются эозинофилия и крапивница в результате просачивания эхинококковой жидкости, а в более тяжелых случаях (при вскрытии пузыря) анафилактический шок. В поздних стадиях болезни особенно при множественном эхинококкозе важную роль играют иммунопатологические реакции.

Для клинической картины эхинококкоза характерна полиморфность симптомов, которая определяется локализацией, размерами, множественностью инвазии, быстротой роста кисты.

Важное значение имеет реактивность организма больного, его возраст, сопутствующая патологии. Болезнь развивается медленно и длится долго.

У многих инвазированных первые признаки болезни проявляются через несколько месяцев, даже лет после заражения: например, при случайном разглядывании себя в зеркале человек обнаруживает взбухающее правое подреберье, или киста обнаруживается при профилактическом флюорографическом обследовании.

Как было отмечено раньше, чаще встречается **эхинококкоз печени**. При неосложненном эхинококкозе печени растущая киста растягивает капсулу органа, вызывая тупые, ноющие, реже - приступообразные боли.

По классификации А. В. Мельникова, различают **3 стадии** течения инвазии.

Первая - начальная бессимптомная - с момента заражения до проявления первых клинических признаков болезни. Вторая стадия - появление симптомов болезни: жалобы больных на слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, тошноту и восту иногда нарушение стула. На этом фоне возникают ощущения давления и тяжести в правом подреберье, эпигастрии, а иногда острые, сильные тупые боли, Печень при пальпации увеличена мало болезненна, при поверхностном расположении кисты - мягкая, эластичная, при начинающемся обызвествлении - деревянистой плотности. Сдавливание воротной или нижней полой вены а также сдавливание внутри- и внепеченочных желчных протоков приводит к развитию обтурационной желтухи.



Третья стадия - стадия выраженных патологических изменений и осложнений: развитие абсцесса, возможный разрыв кисты с лихорадкой с ознобами, болями в верхней половине живота.

В гемограмме - лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, возможна эозинофилия.

Разрыв кисты - тяжелейшее осложнение эхинококкоза бывает при ушибе, падении, резком движении, сильном кашлевом толчке. Клинически перфорация кисты может проявиться комплексом аллергических реакций вплоть до развития аллергического шока. Особенно опасна диссеминация эхинококковых кист.

Эхинококкоз легких - второе по частоте проявление инвазии, может симулировать любое заболевание легких другой этиологии.


Первая стадия - стадия невскрывшейся эхинококковой кисты - связана с ростом пузыря, сдавлением ткани легкого, сосудов, бронхов, вовлечением плевры. Больных беспокоят одышка, кровохарканье, боли в грудной клетке, сильный кашель, особенно ночью, вначале сухой, затем переходящий во влажный со слизисто-гноющей мокротой. Визуально - деформация грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков. Перкуторно - притупление звука, аускультативно - ослабление дыхания, шум трения плевры и др.

Вторая стадия связана с вскрытием кисты. При прорыве в бронх (чаще) появляется сильный кашель, удушье, цианоз, тяжелые аллергические реакции, развитие аспирационной пневмонии. При прорыве в плевру, перикард может наступить анафилактический шок и внезапная смерть.

В случаях **эхинококкоза других органов** (селезенки, почек, костей, мышц) преобладают симптомы, симулирующие опухолевый процесс.

Диагностика эхинококкоза

Диагноз эхинококкоза основывают на данных клинического и эпидемиологического анамнеза, результатах инструментальных исследований и серологических реакций.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-221-</p>
--	---	--	--------------

Как правило, подозрение на эхинококкоз печени возникает при выявлении таких клинических данных, как наличие опухолевидного, медленно растущего образования в печени, мало болезненного при пальпации, жалоб больного на нарастающую слабость, тупые давящие боли в правом подреберье; на эхинококкоз легких при наличии бронхолегочной патологии: кашель, периодическое кровохаркание, повышенная потливость (при исключении туберкулезной патологии) и др. Изменения гемограммы при эхинококкозе мало специфичны, у части больных отмечена умеренная анемия, эозинофилия, ускоренная СОЭ.

Настораживает эпидемиологический анамнез: контакт с собаками, охотничий промысел, характер профессии - обработка шкур животных, стрижка овец, меховое производство, работа пастухом и др.


Эти данные являются основанием для специального инструментального и иммунологического обследования.

Инструментальные методы позволяют выявить не только наличие патологического образования, но и его форму, размеры и топографию.

Рентгенологический метод исследования имеет важное значение в диагностике эхинококкоза легких, но мало информативен при эхинококкозе печени.

При рентгенографии эхинококковая киста легких выявляется в виде округлой формы тени с четким контуром. Иногда наблюдается изменение формы тени при дыхании (симптом Неменова). Наложение искусственного пневмоперитонеума позволяет дифференцировать эхинококкоз печени от кисты в нижней доли правого легкого.

В последние годы преимущественное значение в диагностике эхинококкоза приобрело ультразвуковое исследование (УЗИ), легочная эхография, радиоизотопные методы исследования, сканирование печени, метод рентгенокомпьютерной томографии, которые помогают дифференцировать паразитарное поражение от опухолевого процесса.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-222-
--	--	--	-------

Лапароскопию при эхинококкозе, диагностическую пункцию кисты проводить нельзя из-за возможности диссеминации зародышевых элементов.

Инструментальные методы диагностики успешно дополняются серологическими методами.


Диапазон применяемых методов иммунодиагностики широк. Старый метод - аллергическая реакция Кацони - в нашей стране не применяется.

Используют серологические реакции со специфическим антигеном: НРИФ (чувствительность и специфичность составляет по данным литературы 88 и 98,6% соответственно), НРГА (специфичность - 79,26%, чувствительность 88,68%); Elisa - иммуноферментная реакция - (специфичность - 78,52% и чувствительность - 90,57%); Сэндвич - Elisa для обнаружения специфических антигенов *E. >granulosus* в фекалиях, иммуноблот и др.

Ранее применяемые реакции: сколексопреципитации, латексагглютинации в практике не используют.

Эпидемиология

Эхинококкоз имеет широкое распространение во всем мире. По статистике наиболее интенсивно поражено население и животные южных стран: страны Южной Америки (Уругвай, Парагвай, Аргентина, Чили, Бразилия), Австралия и Новая Зеландия, Северная Африка (Тунис, Алжир, Марокко, АРЕ), Южная Европа (Италия, Греция, Кипр, Турция, Испания, Югославия. Болгария, Франция), далее - южная часть США, Япония, Индия, бывший СССР. По мере продвижения с юга на север пораженность снижается. На территории бывшего Союза эхинококкоз распространен в тех республиках и областях, где развито животноводство, главным образом овцеводство - Северном Кавказе, Закавказье, Казахстане, Киргизстане, Узбекистане, Молдове (заболеваемость населения составляет 1,37 - 3,85 на 100 000), в России - Башкортостане, Татарстане, Ставропольском, Краснодарском, Алтайском, Красноярском, Хабаровском краях, Волгоградской, Самарской,

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-223-
--	--	--	-------

Ростовской, Оренбургской, Челябинской, Томской, Омской, Камчатской, Магаданской, Амурской областях и Чукотском автономном округе.

В Украине эхинококкоз чаще регистрируется в южных областях - Одесской, Крымской, Херсонской, Николаевской, Донецкой, Запорожской, в остальных - спорадические случаи.

На территории Украины регистрируется 2 типа очагов: в степной южной зоне циркулирует «овечий» штамм, в полесской и лесостепной - преимущественно «свиной». Пораженность овец в Одесской области составила 32%, крупного рогатого скота - 20%, свиней - 9%.

В овцеводческих районах южной зоны кругооборот эх кокка идет по схеме: овца —> сторожевые собаки, сопровождающие отару —> овцы. Членики «овечьего» штамма оола, активной подвижностью, что способствует большему загниванию яйцами эхинококка шерсти собак, внешней среды (почвы, травы) и благоприятствует заражению человека, крупного рогатого скота, овец.

В западных районах интенсивного свиноводства кругооборот эхинококка идет по схеме: свиньи —> собаки —> свиньи. Отсутствие активной двигательной функции у члеников «свиного» штамма уменьшает загрязнение шерсти собак, почвы, тем самым ограничивает условия заражения людей и животных.

Интенсивность передачи инвазии определяется прежде всего численностью источников инвазии окончательных хозяев и количеством выделяемого ими инвазионного материала - онкосфер и члеников.

Онкосферы переносят температуру от -30°C до $+38^{\circ}\text{C}$, на поверхности почвы в тени при температуре $10 - 26^{\circ}\text{C}$ сохраняют жизнеспособность в течение месяца, но на солнце при температуре $18 - 50^{\circ}\text{C}$ погибают через 1-5 суток. В траве при температуре $14 - 28^{\circ}\text{C}$ они погибают не ранее, чем через 1,5 месяца. Онкосферы хорошо переносят низкую температуру, при которой могут сохраняться ряд лет, но весьма неустойчивы к высушиванию.



Циркуляция инвазии при эхинококкозах осуществляется по известной схеме: источник инвазии (окончательные хозяева - плотоядные животные) → внешняя среда, загрязненная онкосферами и члениками паразита, → промежуточный хозяин (травоядные, всеядные животные, зараженные личинками) → незараженный окончательный хозяин.


Человек - промежуточный хозяин - является биологическим тупиком.

При эхинококкозе человека в качестве окончательного хозяина основное положение занимает собака. Собаки заражаются при поедании мясных отходов боен, убойных площадок, кухонь, при скармливании им конфискатов с боен или пораженных ларвоцистами органов забитых на дому животных. Возможно заражение собак также при скармливании им продуктов охоты - пораженных органов или трупов диких травоядных животных.

Пути заражения промежуточных хозяев также различны, травоядные сельскохозяйственные животные заражаются при роглатывании яиц, члеников гельминта с травой, сеном, водой, загрязненных фекалиями инвазированных собак. Свиньи, будучи копрофагами, заражаются, поедая фекалии собак. Основную роль в заражении человека через грязные играет общение с инвазированными собаками, на шерсти и языке которых могут находиться яйца и членики цепней эхинококк. Здоровые животные также могут передавать инвазию человеку в качестве механических переносчиков яиц, которыми загрязняется их шерсть, язык при облизывании зараженной собаки.

Не исключается заражение человека при употреблении пищи невымытых овощей, ягод, фруктов, загрязненных фекалиями собак, содержащих онкосферы.

Человек может заразиться также от диких плотоядных во время охоты при разделке шкур, изготовлении меховой одежды а также при употреблении в пищу невымытых дикорастущих ягод питье воды из природных водоемов.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-225-
--	--	--	-------

В овцеводческих районах, где циркуляция возбудителя происходит в основном между собаками и овцами, к группам риска относятся пастухи, чабаны, сопровождающие отары, а также стригали шерсти овец и члены из семей.

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с., 600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина. - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Паразитарные заболевания (часть 2)

Количество часов – 1.

Основные вопросы для изучения:

1. Диагностика, дифференциальный диагноз и хирургическое лечение заболеваний
2. . Тактика ведения больного, показания к оперативному лечению, объем оперативного лечения, прогноз.


Целевая установка:

1. Разобрать этиологию, патогенез, клинику заболеваний
2. Разобрать диагностику, дифференциальный диагноз и хирургическое лечение заболеваний
3. . Тактика ведения больного, показания к оперативному лечению, объем оперативного лечения, прогноз.

Блок информации.

Человек - промежуточный хозяин - является биологическим тупиком.

При эхинококкозе человека в качестве окончательного хозяина основное положение занимает собака. Собаки заражаются при поедании мясных отходов боен, убойных площадок, кухонь, при скармливании им конфискатов с боен или пораженных ларвоцистами органов забитых на дому животных. Возможно заражение собак также при скармливании им продуктов охоты - пораженных органов или трупов диких травоядных животных.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-227-
---	--	--	-------

Пути заражения промежуточных хозяев также различны, равоядные сельскохозяйственные животные заражаются при роглатывании яиц, члеников гельминта с травой, сеном, водой, загрязненных фекалиями инвазированных собак. Свиньи, будучи копрофагами, заражаются, поедая фекалии собак. Основную роль в заражении человека через грязные играет общение с инвазированными собаками, на шерсти и язь которых могут находиться яйца и членики цепней эхинококк. Здоровые животные также могут передавать инвазию человеку качестве механических переносчиков яиц, которыми загрязняется их шерсть, язык при облизывании зараженной собаки.

Не исключается заражение человека при употреблении пищу невымытых овощей, ягод, фруктов, загрязненных фекалиями собак, содержащих онкосферы.


Человек может заразиться также от диких плотоядных во время охоты при разделке шкур, изготовлении меховой одежды а также при употреблении в пищу невымытых дикорастущих ягод питье воды из природных водоемов.

В овцеводческих районах, где циркуляция возбудителя происходит в основном между собаками и овцами, к группам риска относятся пастухи, чабаны, сопровождающие отары, а также стригали шерсти овец и члены из семей.

Профилактика

Комплекс ветеринарно-медицинских мероприятий при эхинококкозе направлен прежде всего на выявление и искоренение источника инвазии. В соответствии с официальными рекомендациями речь идет о сокращении количества сторожевых служебных собак, их учете, регистрации и уничтожении бродячих животных.

Ветеринарные специалисты хозяйств проводят профилактическую дегельминтизацию служебных собак с декабря по апрель каждые 45 дней, с мая по ноябрь - каждые 30 дней, остальных - один раз в квартал. Эти меры нужно проводить и в отношении личных собак. Дегельминтизацию проводят на специальных площадках, где выделенные фекалии собирают в металлическую емкость и обез-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-228-
--	--	--	-------

врезают: (кипятить 10 - 15 мин., заливать на 3 ч 10%-ным раствором хлорной извести, почву обрабатыва 3%-ным раствором карбатиона (4 л на 1 м²).

Для предупреждения заражения собак необходимо соблюдать правила убоя сельскохозяйственных животных и оес чивать уничтожение пораженных органов, а также преградить собакам доступ на территорию мясокомбинатов, боен, скотомогильников.


Мероприятия по предупреждению заражения собак включают также такие обязательные рекомендации, как: повышение ветеринарно-санитарного уровня ферм; строительство утилизационных ям, скотомогильников; выполнение правил хранения и транспортировки трупов животных; убой животных только в соответствующих для этого местах и др.

Медицинские мероприятия предусматривают выявление инвазированных путем обследования декретированных групп (охотников, лиц, имеющих контакт с собаками, занимающихся обработкой пушнины, изготовлением меховых изделий, пастухов) и обследование по клиническим показаниям; дегельминтизацию и диспансерное наблюдение. Важное значение имеет санитарно-просветительская работа.

Личная профилактика эхинококкоза состоит в том, чтобы ограничить контакт с собаками, игры с ними детей, тщательно мыть руки после контакта с животными, перед едой после работы на огороде, игр во дворе, в саду, сбора грибов, не употреблять в пищу немывтые дикорастущие ягоды, не пить некипяченую воду из природных водоемов.

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-229-
--	--	--	-------

<http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

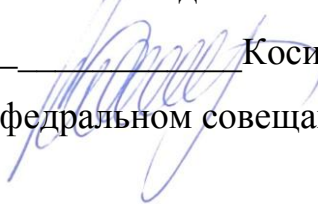
Дополнительная литература (ДЛ)

5. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

6. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина. - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

7. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

8. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по Госпитальной хирургии» для студентов педиатрического факультета по теме: Пороки сердца (часть 1)

Количество часов –2.



Основные вопросы для изучения:


1. Анатомия органов и классификация средостения.
2. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения неврогенных опухолей средостения.
3. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения тимом.
4. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения дизэмбриогенетических опухолей средостения.
5. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
6. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.

Целевая установка:

1. Разобрать анатомию и классификация средостения.
2. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения тимом.
3. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения дизэмбриогенетических опухолей средостения.
4. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
5. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.
6. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения кист средостения.

Формируемые понятия:

1. Знать анатомию и классификация средостения.
2. Знать классификацию пороков сердца.
3. Знать принципы диагностики пороков сердца.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-231-
---	--	--	-------


4. Знать принципы лечения пороков сердца.
5. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения тимом.
6. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения дизэмбриогенетических опухолей средостения.
7. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
8. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.

Значение изучаемого материала для последующего использования:

Опухоли средостения принято подразделять на первичные и вторичные. К первой группе относят врожденные или приобретенные новообразования доброкачественного или злокачественного характера, развивающиеся из различных тканей. Вторичные опухоли являются по своей сути метастазами опухолей различных органов грудной или брюшной полости в лимфатические узлы средостения. Медиастинальные кисты встречаются достаточно часто, на их долю приходится около 20 % от всех новообразований средостения, более 75 % из них протекают без какой-либо клинической симптоматики. Знание клиники заболеваний средостения, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

1. Доброкачественные опухоли средостения: клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
2. Медиастениты: этиология, клиника, диагностика, лечение.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-232-
--	--	--	-------

3. Опухоли и кисты средостения: показания к хирургическому вмешательству, методы операций и особенности ведения послеоперационного периода.

Блок информации.

Врожденные пороки сердца – это возникшие внутриутробно, до рождения ребенка, анатомические дефекты сердца, его клапанного аппарата или его сосудов. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

Врожденный порок сердца может проявляться сразу после рождения ребенка или протекать скрыто. Врожденные пороки сердца встречаются с частотой 6-8 случаев на каждую тысячу родов. Они занимают первое место по смертности новорожденных и детей первого года жизни.

Причины врожденных пороков сердца - неблагоприятные воздействия факторов внешней среды во время беременности матери (ионизирующее излучение), употребление беременной женщиной алкоголя, некоторых лекарств, применяемых при лечении опухолей, ревматических заболеваний, перенесенные во время беременности инфекции (краснуха, ветрянка, цитомегаловирусная инфекция). Наследственная природа пороков сердца не доказана. Увеличивается частота врожденных пороков сердца у ребенка, если мать рождает после 35 лет. В последнее время доказана роль и здоровья отца.

Врожденный порок сердца формируется у плода на 2-8-ой неделе развития.

Существует более 100 различных врожденных пороков сердца. Классификаций их очень много, последняя классификация, используемая в России, соответствует Международной классификации болезней и только рубрик в ней 15. Часто используется разделение пороков на синие, сопровождающиеся синюшностью кожи, и белые, при которых кожные покровы бледной окраски. К порокам синего типа относится тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, атрезия легочной артерии, к порокам белого типа – дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки и другие.




Чем раньше выявлен врожденный порок сердца, тем больше надежды на своевременное его лечение. Врач может заподозрить наличие у ребенка порока сердца по нескольким признакам:

- Ребенок при рождении или вскоре после рождения имеет голубой или синюшный цвет кожи, губ, ушных раковин. Или синюшность появляется при кормлении грудью, крике малыша. При белых пороках сердца может возникнуть побледнение кожи и похолодание конечностей.
- Врач при прослушивании сердца выявляет шумы. Шум у ребенка не обязательный признак порока сердца, однако, он заставляет подробнее обследовать сердце.
- У ребенка обнаруживают признаки сердечной недостаточности. Обычно это очень неблагоприятная ситуация.

Обнаруживаются изменения на электрокардиограмме, рентгеновских снимках, при эхо-кардиографическом исследовании.

Открытый артериальный проток

Открытый артериальный (Боталлов) проток находится между стволом легочной артерии и аортой. Открывается он в аорту. Этот проток функционирует у плода при внутриутробном развитии. Легкие до рождения ребенка не работают и через этот проток между легочной артерией и аортой материнская кровь, минуя легкие, попадает в большой круг кровообращения. При рождении ребенка необходимость в нем отпадает и постепенно артериальный проток закрывается. В норме закрытие протока происходит в два этапа. В течение 10-15 часов после родов сжимается мышечный слой его стенки, проток укорачивается. Затем постепенно разрастается соединительная ткань, откладываются тромбоциты, образуется тромб и к третьей неделе жизни проток закрывается. Открытый артериальный проток встречается у одного новорожденного на 2000 родов. Размерами он обычно 4-12 мм длины и 2-8 мм ширины

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-234-
---	--	---	-------

При открытом артериальном протоке кровь из аорты, поскольку там давление выше, сбрасывается в легочную артерию. Объем крови в малом круге кровообращения резко увеличивается и может превышать объем крови в большом круге в три раза. Основная часть крови в этом случае циркулирует в легких и остальные органы и ткани недополучают кислород, находятся в состоянии постоянного кислородного голодания. Повышенное давление в сосудах легких приводит к застою в легких, созданию условий для воспалительных заболеваний легких. Затем сосуды склерозируются, их функция нарушается.


Дети с открытым артериальным протоком отстают в развитии. Жалуются на быструю утомляемость, одышку при небольшой нагрузке. Обычно они малоподвижны. Более взрослые могут жаловаться на сердцебиения, перебои в области сердца. Часто возникают пневмонии (воспаление легких).

Диагноз открытого артериального протока устанавливается на основании обследования:

- расширены границы сердца, при аускультации выслушивается характерный для этого заболевания грубый систолодиастолический шум, так называемый «машинный» шум
- на электрокардиограмме не бывает изменений, заставляющих заподозрить открытый артериальный проток
- эхокардиографически обнаруживается наличие характерного потока крови в типичном месте между аортой и легочной артерией по направлению от аорты к легочной артерии
- по рентгеновским снимкам легких судят о степени изменений легочной ткани.

Лечение.

Консервативного лечения открытого артериального протока не существует. Это абсолютное показание к операции. Хирургическое лечение этого порока производят с 1938 года. Это был первый оперированный порок сердца. Тактика опе-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-235-
---	--	---	-------

ративного лечения открытого артериального порока хорошо разработана. Производится простая перевязка протока или его ушивание. Смертность при оперативном лечении минимальна и составляет 0,2-3%. У приблизительно 0,1% оперированных протоков может снова открываться, тогда выполняется повторная операция.

В последние годы выполняются внутрисосудистые операции из минидоступа, что менее травматично для ребенка и ускоряет период послеоперационной реабилитации (восстановления).

Наилучший возраст для выполнения операции по закрытию артериального протока от 3 до 5 лет. Процесс полной реабилитации после оперативного лечения длится около года и зависит от степени изменений в легких.

Дефект аортолегочной перегородки

В норме аорта и легочная артерия между собой не соединяются. Дефект аортолегочной перегородки это наличие отверстия между восходящей частью аорты и легочной артерией. Оно образуется в результате нарушения формирования между ними аортолегочной перегородки.

Этот порок достаточно редкий. Частота его не превышает одного процента среди всех врожденных пороков сердца. Отверстие может находиться в любой части перегородки. Величина его обычно от 2 до 30 мм. Поскольку давление в аорте больше давления в легочной артерии, происходит сброс артериальной крови из аорты в легочную артерию. Что приводит к увеличению давления в легочных сосудах и увеличению объема крови в малом круге кровообращения. Степень этих изменений зависит от величины отверстия.

Жалобы больных неспецифичны. Одышка, быстрая утомляемость при небольшой физической нагрузке. Ребенок может отставать в физическом развитии. Частые пневмонии и другие заболевания легких.

Диагностируют этот порок при помощи:

- аускультация – выслушивается систолодиастолический шум, т.е. на протяжении обеих фаз сокращения и расслабления сердечной мышцы



- на электрокардиограмме - выявляют увеличение обоих желудочков сердца
- при рентгенологическом исследовании - находят изменения в легких и усилении пульсации аорты.

Лечение дефекта аортолегочной перегородки только оперативное. Производится операция в ранние сроки на первом году жизни, так как при этом пороке очень рано происходят патологические изменения в легких. Операция заключается в перевязке отверстия между аортой и легочной артерией или, если отверстие большое ставится заплата. Операция производится в условиях искусственного кровообращения.


Смертность при оперативном лечении более 3%. Но результаты операции обычно хорошие.

Дефект межпредсердной перегородки

Правое и левое предсердие разделены между собой межпредсердной перегородкой. В норме в ней отверстий нет. Дефект межпредсердной перегородки это врожденный порок сердца, при котором имеется отверстие в межпредсердной перегородке через которое правое предсердие сообщается с левым. Этот порок встречается с частотой 3-20% от всех врожденных пороков сердца.

Дефекты межпредсердной перегородки, которые находятся в нижней части предсердия и граничат с предсердно-желудочковыми клапанами, считаются первичными. Отверстия в верхней или средней части межпредсердной перегородки называются вторичными.

Размер дефекта может варьировать у разных больных от одного сантиметра до полного отсутствия межпредсердной перегородки. Примерно у 15% детей это отверстие может закрываться на первом году жизни. В дальнейшем закрытие практически не происходит. Благодаря компенсаторным возможностям сердечно-сосудистой системы патологические изменения при этом пороке происходят медленно. Только при больших дефектах межпредсердной перегородки появляются

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-237-
--	--	--	-------

симптомы болезни на первом году жизни. Таких больных около одного процента. При этом пороке часть крови из левого предсердия перемещается в правое, что приводит к перегрузке правых отделов сердца. Сначала происходит гипертрофия правого желудочка, позже увеличивается давление в легочной артерии. При длительном существовании порока присоединяются изменения в легких. У большинства больных первые признаки болезни могут появиться к 16 годам. До этого они могут только незначительно отставать в физическом развитии.

Жалобы пациентов зависят от величины дефекта и компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы. Обычно это одышка, сердцебиения, быстрая утомляемость при физической нагрузке. Нежелание ребенка заниматься физкультурой.

Диагностика дефекта межпредсердной перегородки основывается на наличии характерного систолического шума умеренной интенсивности. Если порок изолированный, шум не бывает грубым. На электрокардиограмме обнаруживается перегрузка правых отделов сердца. На рентгенограмме находят изменения в легких. Эхокардиограмма определяет наличие потока крови из левого в правое предсердие в области межпредсердной перегородки. В далеко зашедших случаях этот поток может менять направление.

Лечение.

Показанием к оперативному лечению определяется размером дефекта и клиническими проявлениями. При первой степени легочной гипертензии (повышение давления крови в легочной артерии) и величине сброса крови из левого в правое предсердие менее 30%, если нет жалоб и других проявлений порока, операция может и не производиться. Операции по закрытию дефекта межжелудочковой перегородки выполняются с 1953 года. Техника их хорошо отработана. Дефект ушивается или закрывается заплатой из синтетического материала или биоматериала, что предпочтительнее, так как реже возникают тромбы в месте заплат.



Смертность при оперативном лечении изолированного дефекта межпредсердной перегородки не более 0,5%. Она несколько возрастает при наличии сопутствующей патологии сердца у пациентов старших возрастных групп. В течение месяца после операции ребенок проходит восстановительное лечение. Затем ему разрешается посещение школы, но физическая нагрузка в течение года ограничивается.

Аномальный дренаж легочных вен

В норме легочные вены несут артериальную кровь из легких и впадают в левое предсердие. Оттуда кровь попадает в левый желудочек и по аорте и артериям разносит кислород по всему организму.

При аномальном дренаже легочных вен они могут впадать в правое предсердие или в полые вены несущие венозную кровь в правое предсердие.


Этот порок может быть полным или частичным.

- При полном аномальном дренаже легочных вен нет прямого сообщения между легочными венами (малым кругом кровообращения) и левым предсердием (большим кругом кровообращения). Такое состояние несовместимо с жизнью. Но если у ребенка имеются другие пороки развития (наличие дефекта межпредсердной или межжелудочковой перегородки, незакрытое овальное отверстие), кровь все-таки может попадать в левые отделы сердца и возможно лечение.

- При частичном аномальном дренаже легочных вен, одна вена может впадать в левое предсердие и тогда состояние новорожденного зависит от объема аномального сброса крови. Полный аномальный дренаж легочных вен встречается с частотой около 3% от всех врожденных пороков сердца.

Описаны четыре типа этого порока сердца:

- легочные вены могут впадать в систему верхней полой вены, которая собирает венозную кровь от верхних конечностей и головы, встречается в 55% случаев

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-239-</p>
--	---	--	--------------

- впадение легочных вен в правое предсердие или в коронарный синус, встречается в 30% случаев
- легочные вены могут впадать в систему нижней полой вены, которая собирает кровь от нижних конечностей, внутренних органов, встречается в 12% случаев
- в 3% случаев могут быть различные комбинации этого состояния.

Состояние больных зависит от того полный это или частичный порок. При полном аномальном дренаже легочных вен и отсутствии сообщения между правыми и левыми отделами сердца на уровне предсердия, новорожденные находятся в критическом состоянии для спасения их жизни требуется срочная операция в течение первых недель. При частичном пороке возникает перегрузка правых отделов сердца, увеличение давления в сосудах легких. Дети старших возрастных групп жалуются на одышку, быструю утомляемость при физической нагрузке. Затем присоединяются признаки правожелудочковой недостаточности.

Диагностика.

Выслушивается систолический шум во втором-третьем межреберье слева от грудины. На электрокардиограмме можно увидеть только признаки нагрузки на правые отделы сердца. При рентгеновском исследовании можно увидеть увеличение камер правых отделов сердца и изменения в легких. Точная диагностика порока возможна только при зондировании сердца и ангиокардиографии (исследовании сосудов сердца).

Лечение.

При полном аномальном дренаже легочных вен, если состояние новорожденного критическое, обычно проводится закрытая септотомия (рассечение межпредсердной перегородки и создание сообщения между правыми и левыми отделами сердца). Полная хирургическая коррекция порока зависит от его вида. Производят перемещение устьев легочных вен в левое предсердие при помощи заплат. Результаты операции обычно хорошие.



Дефект межжелудочковой перегородки

Этот порок сердца выявляют у 10-30% детей с врожденными пороками сердца. Это один из наиболее часто встречающихся пороков. На каждую тысячу родов рождается 2 ребенка с дефектом межжелудочковой перегородки. Межжелудочковая перегородка соответственно названию разделяет левый и правый желудочки сердца. В норме отверстий в ней не бывает.

Дефект межжелудочковой перегородки - это наличие отверстия в перегородке через кото-рое кровь из левого желудочка может попадать в правый и наоборот. Поскольку левый желудочек мощнее правого, вначале кровь сбрасывается из левого желудочка в правый, из большого круга кровообращения в малый. При перегрузке малого круга кровообращения происходит спазм сосудов легких, они склерозируются, уплотняются, давление в малом круге увеличивается и когда оно превышает давление в большом круге кровообращения, развивается обратный процесс – кровь сбрасывается из правого желудочка в левый. У больного появляется цианоз (посинение носогубного треугольника, ногтей пластинок).

Достаточно часто возможно самопроизвольное закрытие дефекта межжелудочковой перегородки. В первый месяц жизни закрывается около 80% отверстий, но возможно самостоятельное закрытие отверстия и в более поздние сроки. Закрытие происходит в основном за счет мышечного слоя межжелудочковой перегородки.

Дефекты межжелудочковой перегородки делятся по месту расположения. Под аортой, в среднем слое и более низкие – мышечные, которые чаще самопроизвольно закрываются.

По размерам:

- большими дефектами считаются отверстия, диаметр которых равен или больше диаметра аорты, при таких дефектах давление в обоих отделах сердца почти одинаковое



- средние, когда размер отверстия меньше размера аорты и давление в правом желудочке составляет 50% от давления в левом желудочке
- малые, при этом объем крови в малом круге кровообращения увеличивается на 25%. Обычно дети хорошо развиты физически. Жалоб не предъявляют. В области сердца грудная клетка может выпячиваться. Образуется так называемый «сердечный горб».

Диагностика.

При ощупывании грудной клетки обнаруживается ее дрожание во время систолы (сокращения сердца). При прослушивании определяется грубый систолический шум. Электрокардиограмма может быть нормальной. Основным методом диагностики эхокардиография. При эхокардиографии обнаруживается поток крови между желудочками. В сомнительных случаях проводится зондирование полостей сердца.

Лечение.

Если у ребенка большой дефект межжелудочковой перегородки и есть признаки сердечной недостаточности, производится операция в первые три месяца жизни. В шесть месяцев необходимость операции определяется давлением в малом круге кровообращения (легочных артериях). Если оно невысокое и состояние ребенка хорошее, операцию откладывают до 12 месяцев, так как за это время дефект может закрыться сам. У некоторых детей операция может быть отложена до 5 лет. В условиях искусственного кровообращения производится ушивание отверстия или пластика заплатой. Обычно операция производится через правое предсердие – это наиболее щадящий метод. При невозможности этого подхода через левое предсердие, аорту или легочную артерию.

Смертность при оперативном лечении не превышает 3%. В 2-7% случаев по разным причинам возникает необходимость в повторной операции. Отдаленные результаты хорошие более чем у 80% оперированных. Через 2-3 года дети могут вести обычный образ жизни.



Аневризмы синусов Вальсальвы

Это редкий врожденный порок сердца. Синусом Вальсальвы называется выпячивание стенки аорты соответствующее полулунным заслонкам клапанов аорты. Аневризма это расширение стенки сосуда. Она образуется в результате слабости сосудистой стенки вследствие нарушения ее формирования внутриутробно. При рождении ребенка этот порок не проявляется сразу. Ребенок может расти и развиваться нормально.

Однако в процессе жизни аневризма увеличивается, стенка ее истончается и в конце концов происходит ее разрыв. Это сразу приводит к нарушению движения крови в сердце. Возникает ток крови из левых отделов сердца в правые, повышается давление в легочных артериях. Клинически это характеризуется резким ухудшением состояния пациента. Появляется одышка, увеличивается частота сердечных сокращений и вскоре развивается сердечная недостаточность.


Диагностике помогает прослушивание систолического или диастолического шума по левому краю грудины. На электрокардиограмме изменений не бывает. На рентгенограмме обнаруживают увеличение размеров сердца, больше правых его отделов. Эхокардиография выявляет аневризму синуса Вальсальвы даже до ее разрыва. В выявлении этого порока помогает так же аортография (исследование аорты при помощи контрастных веществ).

Лечение.

Хирургическое лечение абсолютно необходимо при выявлении аневризмы синусов Вальсальвы. Производится пластика стенок аорты заплатой в условиях искусственного кровообращения.

Стеноз легочной артерии

Легочная артерия несет венозную кровь из правого желудочка сердца в легкие. Врожденный стеноз (сужение) легочной артерии встречается достаточно часто. Его частота от 6 до 10% от всех врожденных пороков сердца. При сужении легочной артерии давление в правом желудочке повышается, так как мышце право-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-243-
--	--	--	-------


го желудочка необходимо большее усилие, что бы протолкнуть кровь в легочную артерию. Из-за этого миокард (сердечная мышца) правого желудочка гипертрофируется, время выброса крови в легочную артерию удлиняется, что нарушает весь цикл работы сердца.

Состояние пациента и течение порока зависят от степени сужения. Те дети у которых степень стеноза незначительная могут расти и развиваться нормально на протяжении всей жизни. Если у ребенка выраженная степень стеноза легочной артерии, в первые дни его жизни появляется цианоз (голубая окраска кожи носогубного треугольника, ногтевых пластинок, синюшность губ) и быстро развивается сердечная недостаточность, которая практически не поддается лечению. При отсутствии хирургического лечения половина таких детей умирает на первом году жизни. Чаще всего больной старшего возраста жалуется на одышку при физической нагрузке или даже в покое.

В диагностике имеет значение прослушивание грубого систолического шума над сердцем. Этот же шум можно прослушать в межлопаточной области. На электрокардиограмме определяется нагрузка на правые отделы сердца. При небольшом стенозе ЭКГ может быть нормальной. На рентгенограмме находят изменения в легких. Основной метод диагностики эхокардиограмма, которая позволяет определить степень сужения легочной артерии.

Стеноз легочной артерии - Лечение

Тактика лечения зависит от степени стеноза легочной артерии. Если при рождении ребенка сразу обнаруживаются признаки сужения легочной артерии, предполагается, что степень стеноза большая, то операция может быть проведена срочно. Если состояние пациента удовлетворительное, то операция производится позже. Наилучшими сроками для оперативного лечения считается возраст ребенка 5-10 лет. Если степень сужения небольшая и жалоб у пациента нет, операция не производится. Оперативное лечение происходит в условиях аппарата искусст-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-244-
--	--	--	-------

венного кровообращения. Производится рассечение сросшихся швов клапана или отсечение разросшихся мышечных тканей.

В настоящее время применяется более щадящая методика баллонная вальвулопластика, когда операция на открытом сердце не производится.

Смертность при этих операциях не превышает 2%. Результаты оперативного лечения хорошие. Ребенок может идти в школу через 2-3 месяца после операции. Физические нагрузки должны быть ограничены в течение одного двух лет.


Стеноз аорты

Аорта – самый большой сосуд организма человека. Она несет артериальную кровь из левого желудочка сердца в более мелкие артерии и далее по всему организму. Стеноз аорты это ее сужение. Этот врожденный порок встречается у 3-10% больных с пороками сердца. При сужении аорты увеличивается нагрузка на левый желудочек сердца. Для того чтобы с большей силой проталкивать кровь через суженную аорту левый желудочек гипертрофируется и некоторое время может компенсировать этот дефект. С течением времени происходит декомпенсация и возникает сердечная недостаточность. В месте выхода аорты из левого желудочка находится аортальный клапан, препятствующий обратному сбросу крови из аорты в левый желудочек.

Соответственно стеноз аорты (сужение аорты) может быть:

- надклапанный
- клапанный
- подклапанный.

Чаще всего встречается клапанный стеноз аорты, когда створки клапанов срастаются между собой. Реже всего встречается надклапанный стеноз аорты. Признаки стеноза аортального клапана встречаются не сразу. За счет своей мощной мышцы левый желудочек может продолжительное время компенсировать это состояние. При декомпенсации у пациента появляются жалобы на сердцебиения, боли в груди, боли в сердце. Характер болей чаще сжимающий, ноющий. Появля-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-245-
--	--	--	-------

ется одышка, головокружения, обмороки. В поздних стадиях болезни может возникнуть сердечная астма.

Для диагностики важно прослушивание грубого систолического шума над аортой. Этот шум может также выслушиваться на сосудах шеи. При рентгеновском исследовании находят увеличение левого желудочка сердца. Обычно левый желудочек выглядит округлым. Это называется - типичная аортальная конфигурация сердца. Электрокардиограмма определяет гипертрофию левого желудочка. Эхокардиограмма позволяет выявить структурные изменения клапанного аппарата аорты, уточнить степень нарушения работы сердца.


Стеноз аорты - Лечение

Оперативное лечение детям производится только при выраженном проявлении признаков стеноза аорты или развитии сердечной недостаточности. Выполняют закрытую баллонную вальвулотомию. Расширяют вход в аорту. В остальных случаях предпочтительно выполнять операция в более старшем возрасте.

Тетрада Фалло

Тетрада Фалло – сложный порок сердца. Это сочетание стеноза (сужения) устья легочного ствола, дефекта межжелудочковой перегородки, смещения аорты вправо и кпереди и вторично развивающейся гипертрофии правого желудочка. Все эти пороки могут быть выражены в разной степени. Тетрада Фалло один из самых часто встречающихся синих (сопровождающихся цианозом) врожденных пороков сердца. Его частота 10-15% среди всех врожденных пороков сердца. Возможно, порок имеет наследственную природу.

Тетрада Фалло характеризуется одинаковым давлением в правых и левых отделах сердца, поскольку оба отдела сообщаются друг с другом. Проявления порока во многом зависят от степени сужения легочной артерии. При выраженной степени стеноза большая часть крови из правых отделов сердца попадает в левые. В артериальной крови, которая разносится по организму много венозной крови, не обогащенной кислородом. Поскольку венозная кровь имеет более темную ок-


	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-246-
--	--	---	-------

раску, этим объясняется синюшность кожных покровов больного. Если степень сужения незначительная, то примесь венозной крови небольшая. И цианоза у больного может не быть. Некоторое время порок может быть компенсирован за счет гипертрофии мышцы сердца, увеличения количества эритроцитов в крови, что со временем может привести к повышенной опасности образования тромбов.

При выраженной степени стеноза легочной артерии 25% детей умирают на первом году жизни, а 50% не доживают до 5 лет. Только 5% больных могут дожить до 40 лет без оперативного лечения. Причиной смерти в более старшем возрасте обычно бывает сердечная недостаточность.

У новорожденного признаки тетрады Фалло не заметны, так как до рождения этот порок не мешает работе сердца. Через несколько дней или недель после рождения может появиться голубая окраска или синюшность кожи при кормлении грудью, при крике ребенка. У ребенка появляется одышка. С возрастом кожа ребенка принимает синеватый оттенок. Особенно это выражено на губах, ушных раковинах, ногтевых фалангах. Иногда цианоз проявляется только после того, как ребенок начинает ходить. Из-за нарушения кровоснабжения пальцы больного с возрастом приобретают вид барабанных палочек – утолщаются на концах, ногти приобретают округлую форму в виде «часовых стекол». Дети не могут много двигаться. После нескольких движений они вынуждены присаживаться и отдыхать. Часто больные совсем не встают с постели. При некоторых видах порока синюшности кожи может и не быть.

Диагностика тетрады Фалло основывается на внешнем виде больного, прослушивании «сухого», грубого систолического шума слева от грудины. На электрокардиограмме выявляют признаки гипертрофии правых отделов сердца. На рентгенограмме видны типичные изменения – сердце в виде «деревянного башмачка». Помогает диагностике эхокардиография, но основной метод – это ангиография. Исследование сердца с помощью контрастных веществ. Оно помогает

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-247-
--	--	--	-------

уточнить показания к операции и планировать в каком объеме будет проведена операция.

Лечение.


Тетрада Фалло – это абсолютное показание к оперативному лечению. Если течение порока тяжелое операция на сердце проводится немедленно. Операция проводится в условиях аппарата искусственного кровообращения. Раньше оперативное лечение проводилось в два этапа, сейчас все делают сразу. У некоторых пациентов радикальная операция за один раз невозможна и их оперативное лечение проводится в два этапа.

Смертности при оперативном лечении у детей раннего возраста не превышает 5%. В результате оперативного лечения исчезает синюшность, одышка, нормализуются анализы крови. Оперированные дети должны находиться под наблюдением. Отдаленные результаты оперативного лечения хорошие.

Транспозиция магистральных сосудов

Этот врожденный порок сердца является одним из самых тяжелым и самых распространенных из пороков сердца, сопровождающихся цианозом (синюшностью). Его частота от 12 до 20% от всех врожденных пороков сердца. Чаше у новорожденных мужского пола.

Транспозицией магистральных сосудов называется такое положение сосудов, когда аорта отходит от правых отделов сердца, а легочная артерия от левых. Нормальное их расположение обратное. При полной транспозиции аорта отходящая от правого желудочка сердца несет венозную кровь, которая, пройдя по артериям, капиллярам, венам, вновь возвращается в правое предсердие и правый желудочек. Легочная артерия несет кровь из левого желудочка в легкие и обратно в левое предсердие. Таким образом, большой и малый круги не сообщаются друг с другом. В большом круге кровообращения циркулирует венозная кровь, не обогащенная кислородом.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-248-
--	--	--	-------


Такое состояние несовместимо с жизнью. И жизнь больного зависит от наличия отверстия между предсердиями или между желудочками. Обычно этого сообщения бывает недостаточно. И организм пытается это компенсировать путем увеличения объема крови, выбрасываемой желудочками, что приводит к перегрузке сердца и в конечном итоге к сердечной недостаточности.

С первых дней жизни у ребенка возникает резкий цианоз всего тела. Общее состояние в первые дни удовлетворительное. Потом постепенно развивается увеличение размеров сердца. Появляются одышка, учащение пульса. Увеличивается печень. Возникают отеки. Над областью сердца выслушивается систолический шум. На электрокардиограмме выявляется нагрузка на правые отделы сердца, реже на левые. На рентгенограмме находят изменения в легких, увеличенные размеры сердца, сердце в виде «яйца». При ангиографии определяется отхождение аорты от правого желудочка, а легочной артерии от левого.

Лечение. Существуют различные виды оперативных вмешательств при этом пороке сердца. На сегодня выполняется замена местами аорты и легочной артерии. Операция называется артериальное переключение.

Общий артериальный ствол

Этот порок развития сердца встречается с частотой от 2 до 3% от всех врожденных пороков сердца. В норме от сердца кровь несут два крупных сосуда: легочной ствол (артерия) в малый круг кровообращения, к легким и аорта – в большой круг кровообращения. При развитии этого порока кровь из обоих желудочков попадает в общий ствол отходящий от обоих желудочков. Этот общий ствол несет в себе смесь из венозной и артериальной крови и уже от него отходят сосуды к легким, сердцу и всему организму. Этому пороку почти всегда сопутствует дефект межжелудочковой перегородки. У ствола имеются клапаны, количество которых может быть различным. Давление при этом одинаково в обоих желудочках, общем стволе и легочных артериях.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-249-
--	--	--	-------

Выделяют четыре типа этого порока, в зависимости от места отхождения легочных артерий. У детей с общим артериальным стволом возникает одышка при физической нагрузке и слабовыраженный цианоз (синюшность).

Диагностика этого порока основывается на выслушивании систолического шума слева от грудины, может быть так же и диастолический шум. На электрокардиограмме непостоянно могут обнаруживаться признаки увеличения обоих желудочков. На рентгенограмме выявляют изменения в легких, увеличение размеров сердца. Только ангиографии (исследование с помощью контрастных веществ) устанавливают тип порока и намечают возможные способы его хирургического лечения.

Лечение.

При отсутствии оперативного лечения только около 10% больных доживают до 20-30 лет. Операция выполняется в возрасте ребенка от 2 до 5 лет. Производится отсечение легочных артерий от общего ствола и соединение их с правым желудочком при помощи искусственного протеза с клапанами. Дефект межжелудочковой перегородки закрывают заплатой. Смертность при оперативном лечении 26%. Она увеличивается с возрастом оперируемых.

Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка

Этот порок встречается у 1% детей родившихся с врожденными пороками сердца. При этом пороке аорта и легочная артерия отходят от правого желудочка. При этом обычно имеется дефект межжелудочковой перегородки и он является единственным выходом из левого желудочка.

Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка классифицируется на два типа в зависимости от места расположения дефекта межжелудочковой перегородки и от наличия и степени стеноза (сужения) легочной артерии. От этого же зависят проявление порока и его лечение.

- если дефект межжелудочковой перегородки находится под аортой, большинство крови попадает в аорту – это тип I



- наоборот, если дефект находится под легочной артерией, большинство крови попадает в нее - тип II
- если порок не сопровождается сужением легочной артерии это тип IA или IIА
- если присутствует сужение легочной артерии IB или IIБ.

При IA типе с первых месяцев жизни у ребенка возникает одышка, признаки недостаточности кровообращения. Ребенок отстает в весе. Выслушивается грубый систолический шум вдоль левого края грудины. На электрокардиограмме признаки увеличения обоих желудочков. На рентгенограмме изменения в легких.


IB тип характеризуется одышкой, утомляемостью при физической нагрузке, приступы одышки с синюшностью кожи, у больного могут быть изменения пальцев рук по типу «барабанные палочки» и ногтей – «часовые стекла». На электрокардиограмме признаки увеличения правого желудочка.

Тип IIА, он еще называется аномалия Тауссиг-Бинга имеет особенно тяжелое течение. У ребенка низкая масса тела, резкая одышка. Развившаяся сердечная недостаточность почти не поддается лечению. Кожа имеет легкую голубоватую окраску. Выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. На рентгенограмме определяется характерное выбухание дуги легочной артерии, увеличенные размеры сердца.

Тип IIБ характеризуется выраженным цианозом (синюшностью) и напоминает по течению тетраду Фалло. Наиболее точный метод диагностики этого порока ангиокардиография. Исследование сосудов сердца при помощи контрастных веществ. Она позволяет поставить точный диагноз и уточнить место отхождения сосудов.

Лечение.

На сегодняшний день предпочтение отдается хирургическому лечению. В зависимости от вида порока применяются разные методики оперативного лечения. Радикальная (с полным хирургическим исправлением порока) операция вы-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-251-
--	--	--	-------

полняется детям до 4 лет. В более позднем возрасте полная коррекция порока невозможна, поэтому применяются методики частичной коррекции порока.

Единственный желудочек

Частота этого порока 2-3% от всех врожденных пороков сердца. Он встречается в 3 раза чаще у лиц мужского пола. При этом пороке межжелудочковая перегородка отсутствует и из единственного желудочка начинаются аорта и легочной ствол.

Таким образом, в единственном желудочке происходит смешение артериальной крови из левого предсердия и венозной крови из правого предсердия. При этом проявления порока зависят от наличия сопутствующего сужения легочной артерии.


Этот вид порока классифицируется в зависимости от состояния единственного желудочка на 4 типа.

Проявления порока в первую очередь зависят давления в легочной артерии. Синюшность, симптомы по типу «барабанные палочки» или «часовые стекла» могут не возникать совсем или быть резко выраженными. На электрокардиограмме могут быть признаки увеличения как левых так и правых отделов сердца. На рентгенограмме выявляют изменения в легких и увеличение размеров сердца. Для более точной диагностики порока выполняют полную ангиокардиографию. Для этого контрастное вещество вводят в желудочек и левое предсердие. Это исследование позволяет доказать наличие только одного желудочка, определить степень сужения легочной артерии и место отхождения магистральных сосудов.

Лечение.

Полная коррекция единственного желудочка сердца – это одно из последних достижений кардиохирургии. Такие операции делают относительно недавно. И не всегда возможна полная коррекция порока. Это зависит от его анатомических особенностей.

Атрезия трехстворчатого клапана

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-252-
---	--	--	-------

Атрезия трехстворчатого клапана встречается с частотой 1-3% от всех врожденных пороков сердца. Атрезия трехстворчатого клапана третий по частоте среди «синих» пороков сердца после тетрады Фалло и транспозиции магистральных артерий. При этом пороке отсутствует сообщение между правым предсердием и правым желудочком. Ему всегда сопутствуют дефект межпредсердной перегородки, увеличение размеров левого желудочка и уменьшение размеров правого желудочка, его недоразвитие. Вся венозная кровь через отверстие в правом предсердии поступает в левое предсердие. Если отверстие межпредсердной перегородке небольшого размера, давление в правом предсердии увеличивается и оно растягивается и приобретает большие размеры. Мышца предсердия тонкая и слабая поэтому кровь скапливается в правом предсердии и больших венах, которые приносят кровь от тела. Происходит венозный застой. В левом предсердии венозная и артериальная кровь смешивается. По организму разносится кровь с недостаточным обогащением кислородом, поэтому цвет кожи больных имеет голубоватую окраску. Насосную функцию сердца выполняет один левый желудочек. Проявления порока зависят от степени давления в легочной артерии.

Классификация порока включает три типа в зависимости от положения магистральных сосудов (аорты и легочного ствола). Наличие стеноза (сужения легочной артерии) – со стенозом или без стеноза легочной артерии. Новорожденные с этим пороком имеют синюшную окраску кожи, которая усиливается при крике, сосании. С течением возраста цианоз (синюшность) усиливается. Возможны приступы потери сознания с посинением губ, ушных раковин. Развиваются симптомы - «барабанные палочки» и «часовые стекла», в крови повышается количество эритроцитов и других клеток крови. Больные отстают в физическом развитии. При физической нагрузке у них возникает одышка. Постепенно развивается сердечная недостаточность. При отсутствии хирургического лечения большинство детей умирает на первом году жизни, хотя известны случаи, когда больные дожили до 30 и даже 60 лет.



Атрезия трехстворчатого клапана - Диагностика

Для диагностики атрезии трехстворчатого клапана имеет значение выслушивание систолического шума вдоль левого края грудины. Иногда шум прослушивается и в систолу и в диастолу. Заподозрить этот порок сердца можно уже по электрокардиограмме. Его признаком служит увеличение левого желудочка у больного с цианозом (синюшностью). На рентгенограмме находят изменения в легких. При ангиографии контрастное вещество вводят в правое предсердие и наблюдают перемещение контрастированной крови в левое предсердие (в норме в правый желудочек), затем в аорту и легочную артерию. В области расположения правого желудочка сердца находится «светлый треугольник».


Атрезия трехстворчатого клапана - Лечение

Если состояние ребенка тяжелое может быть произведена немедленная операция. Существуют различные методики проведения оперативного лечения. Чаще немедленно производят расширение выхода из правого предсердия. Если состояние ребенка удовлетворительное операция может быть отложена до 6-12 месяцев. Смертность при оперативном лечении от 2 до 20%. Результаты операции зависят от анатомических особенностей порока и состояния легочного кровотока.

Врожденный стеноз и недостаточность митрального клапана

Митральный клапан находится между левым предсердием и левым желудочком. В норме он открывается в диастолу, пропуская артериальную кровь из левого предсердия в левый желудочек, и закрывается в систолу под действием давления крови при сокращении левого желудочка, препятствуя обратному движению крови из левого желудочка в левое предсердие.

При врожденном его пороке может быть стеноз (сужение) отверстия между левым предсердием и левым желудочком, препятствующее свободному движению крови или недостаточность, когда клапан не закрывает полностью предсердно-желудочковое отверстие и кровь из желудочка попадает в предсердие. Этот порок встречается редко. Он почти всегда сочетается с другими врожденными по-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-254-
--	--	--	-------

роками сердца. Проявления порока зависят от того, с каким другим пороком он сочетается.


При стенозе митрального клапана сужение входа в левый желудочек приводит к повышению давления в левом предсердии, так как для того, чтобы протолкнуть кровь в левый желудочек через суженное отверстие мышце левого предсердия приходится приложить большее усилие. В малом круге кровообращения повышается давление. С течением времени происходят изменения в легких. Больные жалуются на одышку при физических нагрузках, быструю утомляемость, слабость, часто бывают сердцебиения. При длительном течении порока на фоне бледной кожи появляется так называемый «митральный румянец» - голубовато-розовый оттенок губ и щек, и голубоватая окраска ногтей, носа, ушных раковин.

Недостаточность митрального клапана - Диагностика

При аускультации выслушивается диастолический шум, характерное изменение тонов сердца «ритм перепела». На электрокардиограмме имеются признаки увеличения левого предсердия. Рентгенограмма обнаруживает изменения в легких. Эхокардиографически выявляются изменения створок митрального клапана, уменьшение размеров митрального отверстия.

Недостаточность митрального клапана - Лечение

Производится коррекция не только стеноза митрального клапана, но и сопутствующих ему пороков. При стенозе митрального клапана производят рассечение его сросшихся створок или протезирование клапана. При недостаточности митрального клапана возникает обратный ток крови в левое предсердие, возникает сначала гипертрофия левого предсердия, затем в скором времени расширение предсердия. Происходит повышение давления в сосудах легких. Сначала развивается недостаточность функции левого желудочка, затем присоединяется и правожелудочковая недостаточность. У детей митральная недостаточность протекает обычно тяжело. Ребенок отстает в физическом развитии. При нарастании застоя возникает одышка в покое, затем сердечная астма. Набухают вены на шее, ногте-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-255-
--	--	--	-------

вые пластинки окрашиваются в голубой цвет, появляются отеки на ногах. При выслушивании обнаруживают систолический шум на верхушке сердца, на электрокардиограмме увеличение левого желудочка, на рентгенограмме увеличение размеров сердца. Эхокардиографически определяют изменения створок митрального клапана, обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие, увеличение размеров левого предсердия и левого желудочка. Операцию предпочтительнее выполнять в более старшем возрасте. Производят пластику или протезирование митрального клапана.

Аномалии коронарных артерий

Коронарные артерии в норме отходят от аорты и образуют на поверхности сердца сосудистое сплетение напоминающее корону или венец. Поэтому они и называются коронарными или венечными артериями. Правая коронарная артерия снабжает правые отделы сердца, а левая – левые. Кровоток в этих артериях имеет исключительно важное значение для работы сердца.

Аномалии их развития встречаются более чем у 2% людей. Это может быть изменение общего числа артерий, характера их отхождения или ветвления. Однако большее их количество не имеет клинического значения и никак не проявляется на протяжении жизни человека. Проблемы возникают, когда левая коронарная артерия отходит не от аорты, которая несет артериальную кровь, а от легочной артерии, которая несет в легкие венозную кровь бедную кислородом. Тогда питание сердца осуществляется бедной кислородом кровью. Кроме того, давление в легочной артерии меньше давления в аорте и кровоснабжение сердца страдает еще в большей степени.

Различают два типа такого порока:

- Тип когда коллатерали (сосуды соединяющие систему ветвления левой и правой артерии, т.е. обходной путь кровотока) между системами левой и правой коронарных артерий развиты плохо. Тогда течение порока более тяжелое.



- И тип, когда коллатерали развиты хорошо и мышца левых отделов сердца может получать богатую кислородом кровь под нормальным давлением из правой коронарной артерии. Тогда состояние больного более компенсированное.

В большинстве случаев проявление этого порока тяжелое. Достаточно быстро возникает сердечная недостаточность. В научной литературе это называется синдромом Бланда-Уайта-Гарленда.

Аномалии коронарных артерий - Диагностика


При выслушивании часто обнаруживается систолический шум на верхушке, так как из-за нарушения кровоснабжения возникают изменения в митральном клапане и митральная недостаточность. На электрокардиограмме выявляют признаки увеличения левого желудочка, признаки ухудшения питания сердечной мышцы и даже признаки рубцовых изменений сердечной мышцы. Точнее диагностируют этот порок при помощи коронароангиографии. При введении контрастного вещества выявляют его проникновение через коллатерали в левую коронарную артерию и затем в легочную артерию.

Лечение аномалии коронарных артерий

Существуют два типа операций. Если коллатерали развиты хорошо возможна перевязка левой коронарной артерии вблизи ее отхождения от легочной артерии. Тогда кровоснабжение сердца осуществляется через правую коронарную артерию. Если же коллатерали развиты слабо, производят реконструкцию левой коронарной артерии с помощью трансплантата и соединяют ее с аортой.

Аномалия Эбштейна

Аномалия Эбштейна относится к редким врожденным порокам сердца. Он встречается с частотой 1% от всех врожденных пороков развития сердца. Впервые его описал в 1866 году патологоанатом Эбштейн. При этом пороке створки правого атриовентрикулярного клапана смещаются в полость правого желудочка. Правый желудочек из-за этого имеет уменьшенный размер, что приводит к уменьше-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-257-
--	--	--	-------

нию количества выбрасываемой им крови и к обеднению кровотока в легких. При этом часть венозной крови через отверстие в измененном клапане попадает в правое предсердие. Правое предсердие увеличивается в размерах и расширяется. Если при этом еще имеется отверстие в межпредсердной перегородке часть венозной крови попадает в левое предсердие и смешивается с артериальной. Это приводит к уменьшению кислорода в крови и кислородной недостаточности органов и тканей. Иногда правый желудочек достигает размеров до 2,5 литров.

Постепенно нарастает сердечная недостаточность, которая и становится причиной смерти больного. Очень часто этот порок сопровождается нарушениями ритма сердечных сокращений. Около 30% больных умирают в раннем детском возрасте. До 50 лет доживают только 5%. Более половины больных умирают внезапно из-за развившихся нарушений ритма. У новорожденных наблюдается небольшой цианоз (синюшность) и учащение дыхания. Позже цианоз уменьшается. При достижении возраста 20 лет все больные жалуются на боли в области сердца. Более чем у 80% больных возникают нарушения ритма сердечных сокращений. Обнаруживаются «барабанные палочки» и «часовые стекла».

Аномалия Эбштейна - Диагностика

При выслушивании сердца обнаруживают ослабление тонов сердца, иногда «ритм галопа» - три тона вместо двух. Этот порок можно диагностировать уже по электрокардиограмме, он основным методом служит эхокардиография.

Лечение аномалии Эпштейна

Если пациент не предъявляет жалоб и состояние его хорошее, операция не показана. При появлении жалоб или симптомов сердечной недостаточности производится операция. Детям до 15 лет делают пластику клапана. Пациентам старше 15 лет производят протезирование правого атриовентрикулярного клапана. Операция выполняется в условиях аппарата искусственного кровообращения.

Смертность при этих оперативных вмешательствах составляет от 8 до 50% и зависит от степени выраженности порока и опыта хирурга. Результаты оператив-




ного лечения хорошие в 90% случаев. Через год после операции возможно восстановление трудоспособности у пациента.

Коарктация аорты

Коарктация аорты по частоте развития занимает четвертое место среди всех врожденных пороков сердца – 8%. У мужчин коарктация аорты встречается в 2,5 раза чаще чем у женщин.

Аорта это самый большой сосуд нашего организма. Она начинается из левого желудочка и несет богатую кислородом артериальную кровь от сердца ко всему организму. Коарктация (сужение) аорты встречается как изолированно так и в сочетании с другими пороками сердца. У большинства детей коарктация аорты сочетается с открытым артериальным протоком, у меньшего количества - с дефектом межжелудочковой перегородки, и у небольшого процента детей – с пороками митрального клапана и недоразвитием левого желудочка. Чаще всего аорта сужена в так называемом типичном месте в нисходящей части дуги аорты, реже в области диафрагмы или суживается брюшная часть аорты.

90% смертности детей до одного года связано с коарктацией аорты. Средняя продолжительность жизни больных без хирургического лечения около 40 лет. Степень сужения аорты может быть разной. Иногда встречаются множественные сужения на протяжении аорты. Из-за сужения аорты давление в левом желудочке резко повышается, так как требуется значительно большее усилие левого желудочка, что бы протолкнуть кровь через суженную часть аорты. Артериальное давление в сосудах головы, сердца, верхних конечностей резко повышается и достигает 200 мм рт ст. Нижние конечности находятся в условиях недостаточности кровообращения, давление в сосудах, отходящих от аорты ниже места сужения аорты, снижается. Кровоснабжение нижних конечностей компенсируется за счет обходных путей – развития коллатералей из межреберных и внутренних грудных артерий. Высокое артериальное давление не поддается лечению. Его даже назы-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-259-
--	--	---	-------

вают злокачественной гипертензией и может вызвать опасные для жизни осложнения.

Выделяют четыре типа коарктации аорты:

- изолированное сужение аорты
- сужение аорты в сочетании с открытым артериальным протоком
- сужение аорты в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки
- сужение аорты в сочетании с другими пороками развития сердца.

У детей первого года жизни постановка диагноза затруднительна. Предполагают существование коарктации аорты у детей первого года жизни с сердечной недостаточностью. Обычно заболевание обнаруживается позже при выявлении повышенного артериального давления. У взрослых бывают жалобы на головные боли, кровотечения из носа, усталость в ногах. Течение этого врожденного порока сердца неблагоприятное и сочетание его с другими пороками отягощает состояние больного.

Коарктация аорты - Диагностика

Характерный признак порока значительная разница артериального давления на руках и на ногах, отсутствие пульса на сосудах ног. Уточняют диагноз при эхокардиографическом исследовании или исследовании аорты при помощи контрастных веществ.

Лечение коарктации аорты

Во избежание развития опасных для жизни осложнений сужение аорты подлежит оперативному лечению. Оптимальный возраст детей для проведения операции от 7 до 10 лет. По данным некоторых других клиник от 7 до 15 лет. При тяжелом состоянии ребенка операция может быть проведена и в грудном возрасте. В этом случае производится пластика суженного участка аорты лоскутом левой подключичной артерии ребенка. В более старшем возрасте может быть проведено удаление суженного участка и простое сшивание частей аорты «конец в



конец». Иногда используют трансплантат. Наиболее опасное осложнение операции исправления сужения аорты нарушение кровоснабжения спинного мозга. В 0,4% случаев возникают стойкие параличи нижних конечностей.

Средняя смертность при этой операции около 9%. Результаты операции хорошие. Однако на протяжении всей жизни пациентам рекомендуется ограничение физических нагрузок.

Приобретенные пороки сердца

Практически всегда приобретенные пороки сердца – это пороки его клапанного аппарата. Основная причина развития приобретенного порока сердца – ревматизм.

Ревматических пороков сердца около 80% от общего количества. От 35 до 60% больных переносят ревматизм без явных ревматических атак и пороков сердца находят уже потом, когда появляются жалобы со стороны сердца.

Оставшиеся 20% приобретенных пороков сердца приходится на атеросклероз, травмы, инфекционные заболевания внутренней оболочки сердца, сифилис, миксоматозную дегенерацию створок. Различают эти пороки по виду пораженного клапана и по степени недостаточности функции сердца.

Митральный стеноз

Митральный стеноз - это сужение левого предсердно-желудочкового отверстия. Митральный клапан находится между левым предсердием и левым желудочком. Он открывается в диастолу и через предсердно-желудочковое отверстие в левый желудочек через митральный клапан свободно поступает артериальная кровь правого предсердия. В систолу клапан закрывается под давлением крови при сокращении левого желудочка и препятствует обратному току крови из левого желудочка в левое предсердие. Клапан состоит из двух створок. При митральном стенозе створки утолщаются, срастаются друг с другом, размер предсердно-желудочкового отверстия уменьшается.




При выслушивании сердца определяется диастолический шум. Шум образуется, когда кровь в диастолу через суженное митральное отверстие течет в желудочек. Шум усиливается после физической нагрузки. На электрокардиограмме находят увеличение левого предсердия и правого желудочка. Рентгенологически определяют изменения в легких. На эхокардиограмме можно увидеть утолщение створок митрального клапана, нарушение их движения, уменьшение размеров предсердно-желудочкового отверстия, отложение солей кальция на створках клапана. Иногда в расширенном правом предсердии находят тромб.

Митральный стеноз - Лечение

Хирургическое лечение стеноза митрального клапана. Операции по лечению стеноза митрального клапана были одними из первых операций на сердце. Производилась закрытая митральная комиссуротомия. Сросшиеся створки митрального клапана разрывались или рассекались. Эта операция выполняется и сейчас. Только в современных условиях она производится на так называемом «сухом» сердце в условиях аппарата искусственного кровообращения. Это позволяет подробно осмотреть митральный клапан, оценить его состояние. Если необходимо, может быть проведена пластика клапана

Если клапан поврежден значительно, и исправить его невозможно, производят протезирование этого клапана с использованием искусственного механического клапана сердца. Молодым пациентам, особенно женщинам, возможно проведение щадящей операции. Это закрытая митральная комиссуротомия (рассечение швов) или баллонная дилатация (расширение) стенозированного атриовентрикулярного отверстия. Операция производится через подключичную или другую артерию. Грудную клетку не открывают, аппарат искусственного кровообращения не применяют.

Смертность при оперативном лечении стеноза митрального клапана не превышает 0,5%. У четверти пациентов может возникнуть рестеноз (повторный стеноз). В таком случае производят протезирование митрального клапана.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-262-
--	--	--	-------

Смертность при протезировании митрального клапана составляет 3-5%. Результаты оперативного лечения хорошие.


Митральная недостаточность

Митральный клапан находится между левым предсердием и левым желудочком. Он открывается в диастолу и через предсердно-желудочковое отверстие в левый желудочек через митральный клапан свободно поступает артериальная кровь правого предсердия. В систолу клапан закрывается под давлением крови при сокращении левого желудочка и препятствует обратному току крови из левого желудочка в левое предсердие. Клапан состоит из двух створок.

При инфекционных и других заболеваниях сердца створки клапана могут деформироваться, утолщаться. Тогда клапан закрывается не полностью, между створками остается отверстие и в результате клапан не может полностью препятствовать обратному току крови из левого предсердия в левый желудочек. Часть крови из левого желудочка сердца попадает обратно в левое предсердие. Сначала левое предсердие гипертрофируется, но в связи с тем, что его мышечный слой тонкий и не рассчитан на большие нагрузки, вскоре происходит декомпенсация и левое предсердие растягивается и увеличивается в размерах. Поскольку вся кровь из легких не успевает откачиваться, возникает повышение давления в сосудах легких. Одновременно из-за большого притока крови в фазу диастолы в левый желудочек сердца, он так же гипертрофируется, но с течением времени его компенсаторные возможности так же иссякают и возникает недостаточность функции левого желудочка. В конечном итоге повышается нагрузка на правые отделы сердца и возникает застой в большом круге кровообращения.

Митральная недостаточность - Лечение

Хирургическое лечение недостаточности митрального клапана. Основной операцией для восстановления функции митрального клапана сердца является протезирование клапана. В последнее время производят пластику клапана. Иногда она дает лучшие результаты. Но пластические операции на митральном клапане

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-263-
--	--	--	-------

практически невозможны при ревматических пороках. Существует много методик, как протезирования, так и пластики клапана. Их применение зависит от степени и вида поражения митрального клапана. Результаты оперативного лечения показывают преимущество пластического исправления митрального клапана.

Смертность при этом виде оперативного лечения ниже – 1,4-3%, при протезировании клапана смертность при операции от 2,5 до 5%. Но при пластических операциях на клапане более чем в 15% случаев возникает необходимость в повторной операции.

Аортальный стеноз

Самый большой сосуд организма человека аорта выходит из левого желудочка сердца. Она несет артериальную кровь из сердца под большим давлением, обеспеченным сокращением мощной мышцы левого желудочка. Потом по системам крупных и мелких артерий и артериол богатая кислородом кровь достигает каждой клетки тела. В фазу систолы сердце закачивает кровь в аорту и для того, чтобы при расслаблении желудочка, в фазу диастолы, когда давление в левом желудочке падает, кровь не возвращалась в полость желудочка, на входе в аорту находится аортальный клапан. Он состоит из трех полулунных створок. При ревматических и других болезнях сердца створки могут утолщаться и срастаться друг с другом, на них образуются рубцы. В таком состоянии створки не способны к полному раскрытию. При этом их функция нарушается, и вход в аорту сужается. Сужение входа в аорту затрудняет опорожнение левого желудочка. Требуется большее усилие, чтобы протолкнуть кровь в аорту и левый желудочек из-за повышенной нагрузки гипертрофируется, его мышца утолщается. При этом пороке сердца возникает самая выраженная гипертрофия сердечной мышцы. Поскольку мышца левого желудочка мощная, порок долгое время может протекать незаметно для больного.

Однако с течением времени компенсаторные запасы мышцы левого желудочка истощаются. Этому способствует и недостаточность кровоснабжения сер-




дечной мышцы, которая возникает из-за несоответствия потребности увеличенной мышцы в кислороде и его доставкой сосудами сердца. Левый желудочек растягивается, размеры его внутренней полости увеличиваются, одновременно он растягивает и митральный клапан, что ведет за собой возникновение недостаточности митрального клапана и обратный ток части крови из левого желудочка в левое предсердие. Повышается давление в сосудах легких, нарушается газообмен в легкие, что еще больше ухудшает питание сердечной мышцы. Больной со стенозом аорты жалуется на сердцебиение, боли в области сердца, боли в грудной клетке. Часто эти боли имеют сжимающий характер, как при приступе стенокардии. Возникает головокружение, обморочные состояния. Сначала при нагрузке, потом в покое появляется одышка. При декомпенсации порока возникает сердечная астма. Пациент жалуется на кашель с небольшим количеством мокроты. Иногда может быть кровохарканье, может возникнуть отек легких. Больной обычно бледен. У него может быть заметная пульсация в области сердца. При ощупывании можно определить дрожание грудной клетки.

Аортальный стеноз - Диагностика

Справа от грудины выслушивается грубый систолический шум. Этот шум можно услышать и на сосудах шеи. На рентгенограмме видно увеличение размеров левого желудочка сердца, обычно округлой формы. На электрокардиограмме – увеличение левого желудочка. Эхокардиография позволяет увидеть изменение структуры аортального клапана, установить степень уменьшения отверстия из левого желудочка в аорту, объем крови, выбрасываемый желудочком. Медикаментозное лечение аортального стеноза сводится к лечению основного заболевания, если оно вовремя выявлено. На поздних стадиях это лечение сердечной недостаточности.

Аортальный стеноз - Лечение

Хирургическое лечение стеноза аорты. Рассечение сросшихся створок аортального клапана неэффективно. Оно дает плохие отдаленные результаты и может

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-265-
--	--	--	-------

проводиться только у детей при отсутствии грубых изменений створок клапана. Поэтому выполняется протезирование аортального клапана через разрез в стенке аорты.

Смертность при этой операции около 3%. Раньше при декомпенсированном состоянии сердечной мышцы такие операции не делались. Сейчас возникли новые совершенные методики восстановительного лечения. Даже при тяжелом состоянии больного до операции смертность сегодня не превышает 10-12%.

Аортальная недостаточность

Самый большой сосуд организма человека аорта выходит из левого желудочка сердца. Она несет артериальную кровь из сердца под большим давлением, обеспеченным сокращением мощной мышцы левого желудочка. Потом по системам крупных и мелких артерий и артериол богатая кислородом кровь достигает каждой клетки тела. В фазу систолы сердце закачивает кровь в аорту и для того, чтобы при расслаблении желудочка, в фазу диастолы, когда давление в левом желудочке падает, кровь не возвращалась в полость желудочка, на входе в аорту находится аортальный клапан. Он состоит из трех полулунных створок.

При различных поражениях клапана аорты створки могут сморщиваться, утолщаться, и отверстие из левого желудочка в аорту не закрывается полностью. Происходит обратный ток крови из аорты в желудочек – возникает недостаточность аортального клапана. Дополнительный объем крови, поступающий в левый желудочек, заставляет мышцу желудочка работать с большей силой. Эта мышца гипертрофируется, утолщается. Мощный левый желудочек довольно долго может компенсировать это состояние. Однако с течением времени мышца растягивается, сила сокращения падает и возникает сердечная недостаточность.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В.,



Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

1. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.

3. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.

5. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие пороки сердца вы знаете?
2. Средостение: понятие, деление средостения, органы, входящие в средостение.
3. Классификация средостения.



4. Методы исследования органов средостения.
5. Классификация опухолей средостения.
6. Клиника, диагностика, лечение неврогенных опухолей: неврофибромы, невриномы, невролемомы, ганглионевромы, невросакомы, симптикобластомы, параганглиомы (феохромоцитомы).
7. Клиника, диагностика, лечение мезенхимальных опухолей: липомы (липосаркомы), фибромы (фибросаркомы), лейомиомы (лейомиосаркомы), гемангиомы, лимфангиомы, ангиосаркомы.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Пороки сердца (часть 2)**

Количество часов – 1.

Основные вопросы для изучения:

1. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
2. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.
3. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение и осложнения кист средостения.
4. Этиология и патогенез, клиника, принципы лечения пороков сердца.

Целевая установка:



1. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
2. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.
3. Разобрать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения кист средостения.
4. Научить распознавать основные клинические проявления и осложнения опухолей и кист средостения.
5. Научить дифференциальной диагностике опухолей и кист средостения с другими заболеваниями органов грудной полости.
6. Научить тактики ведения больных с опухолями и кистами средостения.

Формируемые понятия:

1. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения тимом.
2. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения дизэмбриогенетических опухолей средостения.
3. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения мезенхимальных опухолей средостения.
4. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения лимфоидных опухолей средостения.
5. Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, лечение и осложнения кист средостения.
6. Уметь дифференцировать опухоли и кисты средостения с другими заболеваниями органов грудной полости.
7. Уметь разрабатывать алгоритм ведения и лечения больных с опухолями и кистами средостения.

Значение изучаемого материала для последующего использования:



Опухоли средостения принято подразделять на первичные и вторичные. К первой группе относят врожденные или приобретенные новообразования доброкачественного или злокачественного характера, развивающиеся из различных тканей. Вторичные опухоли являются по своей сути метастазами опухолей различных органов грудной или брюшной полости в лимфатические узлы средостения. Медиастинальные кисты встречаются достаточно часто, на их долю приходится около 20 % от всех новообразований средостения, более 75 % из них протекают без какой-либо клинической симптоматики. Знание клиники заболеваний средостения, своевременная диагностика, профилактика осложнений и современное лечение способствуют сохранению трудоспособности и улучшению качества жизни больных, улучшению результатов лечения и снижению общей, а также послеоперационной летальности.

Вопросы, подлежащие проверке на аттестации:

1. Доброкачественные опухоли средостения: клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
2. Медиастениты: этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Опухоли и кисты средостения: показания к хирургическому вмешательству, методы операций и особенности ведения послеоперационного периода.

Блок информации.

Митральная недостаточность

Митральный клапан находится между левым предсердием и левым желудочком. Он открывается в диастолу и через предсердно-желудочковое отверстие в левый желудочек через митральный клапан свободно поступает артериальная кровь правого предсердия. В систолу клапан закрывается под давлением крови при сокращении левого желудочка и препятствует обратному току крови из левого желудочка в левое предсердие. Клапан состоит из двух створок.



При инфекционных и других заболеваниях сердца створки клапана могут деформироваться, утолщаться. Тогда клапан закрывается не полностью, между створками остается отверстие и в результате клапан не может полностью препятствовать обратному току крови из левого предсердия в левый желудочек. Часть крови из левого желудочка сердца попадает обратно в левое предсердие. Сначала левое предсердие гипертрофируется, но в связи с тем, что его мышечный слой тонкий и не рассчитан на большие нагрузки, вскоре происходит декомпенсация и левое предсердие растягивается и увеличивается в размерах. Поскольку вся кровь из легких не успевает откачиваться, возникает повышение давления в сосудах легких. Одновременно из-за большого притока крови в фазу диастолы в левый желудочек сердца, он так же гипертрофируется, но с течением времени его компенсаторные возможности так же иссякают и возникает недостаточность функции левого желудочка. В конечном итоге повышается нагрузка на правые отделы сердца и возникает застой в большом круге кровообращения.

Митральная недостаточность - Лечение

Хирургическое лечение недостаточности митрального клапана. Основной операцией для восстановления функции митрального клапана сердца является протезирование клапана. В последнее время производят пластику клапана. Иногда она дает лучшие результаты. Но пластические операции на митральном клапане практически невозможны при ревматических пороках. Существует много методик, как протезирования, так и пластики клапана. Их применение зависит от степени и вида поражения митрального клапана. Результаты оперативного лечения показывают преимущество пластического исправления митрального клапана.

Смертность при этом виде оперативного лечения ниже – 1,4-3%, при протезировании клапана смертность при операции от 2,5 до 5%. Но при пластических операциях на клапане более чем в 15% случаев возникает необходимость в повторной операции.

Аортальный стеноз



Самый большой сосуд организма человека аорта выходит из левого желудочка сердца. Она несет артериальную кровь из сердца под большим давлением, обеспеченным сокращением мощной мышцы левого желудочка. Потом по системам крупных и мелких артерий и артериол богатая кислородом кровь достигает каждой клетки тела. В фазу систолы сердце закачивает кровь в аорту и для того, чтобы при расслаблении желудочка, в фазу диастолы, когда давление в левом желудочке падает, кровь не возвращалась в полость желудочка, на входе в аорту находится аортальный клапан. Он состоит из трех полулунных створок. При ревматических и других болезнях сердца створки могут утолщаться и срастаться друг с другом, на них образуются рубцы. В таком состоянии створки не способны к полному раскрытию. При этом их функция нарушается, и вход в аорту сужается. Сужение входа в аорту затрудняет опорожнение левого желудочка. Требуется большее усилие, чтобы протолкнуть кровь в аорту и левый желудочек из-за повышенной нагрузки гипертрофируется, его мышца утолщается. При этом пороке сердца возникает самая выраженная гипертрофия сердечной мышцы. Поскольку мышца левого желудочка мощная, порок долгое время может протекать незаметно для больного.

Однако с течением времени компенсаторные запасы мышцы левого желудочка истощаются. Этому способствует и недостаточность кровоснабжения сердечной мышцы, которая возникает из-за несоответствия потребности увеличенной мышцы в кислороде и его доставкой сосудами сердца. Левый желудочек растягивается, размеры его внутренней полости увеличиваются, одновременно он растягивает и митральный клапан, что ведет за собой возникновение недостаточности митрального клапана и обратный ток части крови из левого желудочка в левое предсердие. Повышается давление в сосудах легких, нарушается газообмен в легкие, что еще больше ухудшает питание сердечной мышцы. Больной со стенозом аорты жалуется на сердцебиение, боли в области сердца, боли в грудной клетке. Часто эти боли имеют сжимающий характер, как при приступе стенокардии. Воз-



никает головокружение, обморочные состояния. Сначала при нагрузке, потом в покое появляется одышка. При декомпенсации порока возникает сердечная астма. Пациент жалуется на кашель с небольшим количеством мокроты. Иногда может быть кровохарканье, может возникнуть отек легких. Больной обычно бледен. У него может быть заметная пульсация в области сердца. При ощупывании можно определить дрожание грудной клетки.

Аортальный стеноз - Диагностика

Справа от грудины выслушивается грубый систолический шум. Этот шум можно услышать и на сосудах шеи. На рентгенограмме видно увеличение размеров левого желудочка сердца, обычно округлой формы. На электрокардиограмме – увеличение левого желудочка. Эхокардиография позволяет увидеть изменение структуры аортального клапана, установить степень уменьшения отверстия из левого желудочка в аорту, объем крови, выбрасываемый желудочком. Медикаментозное лечение аортального стеноза сводится к лечению основного заболевания, если оно вовремя выявлено. На поздних стадиях это лечение сердечной недостаточности.

Аортальный стеноз - Лечение

Хирургическое лечение стеноза аорты. Рассечение сросшихся створок аортального клапана неэффективно. Оно дает плохие отдаленные результаты и может проводиться только у детей при отсутствии грубых изменений створок клапана. Поэтому выполняется протезирование аортального клапана через разрез в стенке аорты.

Смертность при этой операции около 3%. Раньше при декомпенсированном состоянии сердечной мышцы такие операции не делались. Сейчас возникли новые совершенные методики восстановительного лечения. Даже при тяжелом состоянии больного до операции смертность сегодня не превышает 10-12%.

Аортальная недостаточность




Самый большой сосуд организма человека аорта выходит из левого желудочка сердца. Она несет артериальную кровь из сердца под большим давлением, обеспеченным сокращением мощной мышцы левого желудочка. Потом по системам крупных и мелких артерий и артериол богатая кислородом кровь достигает каждой клетки тела. В фазу систолы сердце закачивает кровь в аорту и для того, чтобы при расслаблении желудочка, в фазу диастолы, когда давление в левом желудочке падает, кровь не возвращалась в полость желудочка, на входе в аорту находится аортальный клапан. Он состоит из трех полулунных створок.

При различных поражениях клапана аорты створки могут сморщиваться, утолщаться, и отверстие из левого желудочка в аорту не закрывается полностью. Происходит обратный ток крови из аорты в желудочек – возникает недостаточность аортального клапана. Дополнительный объем крови, поступающий в левый желудочек, заставляет мышцу желудочка работать с большей силой. Эта мышца гипертрофируется, утолщается. Мощный левый желудочек довольно долго может компенсировать это состояние. Однако с течением времени мышца растягивается, сила сокращения падает и возникает сердечная недостаточность.

Пациенты долго не предъявляют жалоб. Потом появляются сердцебиения, одышка. Боли в области сердца носят обычно сжимающий характер. Из-за ухудшения кровоснабжения мозга у больного могут быть головокружения, обмороки. С момента появления жалоб больные с аортальной недостаточностью без хирургического лечения живут 3-5 лет. У больного обычно бледная кожа. При декомпенсации цвет кожи приобретает пепельный оттенок. На шее может быть заметна пульсация сонных артерий. Она называется «пляска каротид» Может появиться симптом Мюссе – ритмичное покачивание головой синхронно с пульсом.

Аортальная недостаточность - Диагностика

При выслушивании находят диастолический шум над аортой, который возникает при обратном токе крови из аорты в левый желудочек через отверстия в клапане. Верхняя граница артериального давления повышается, а нижняя граница

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-274-
---	--	---	-------

падает вплоть до нуля. При этом на нижних конечностях систолическое артериальное давление (верхняя граница) может быть значительно выше, чем на нижних. На рентгенограмме определяется увеличение левого желудочка сердца, расширение аорты. На электрокардиограмме имеются признаки увеличения левого желудочка. При эхокардиографическом исследовании находят расширение аорты, уплотнение створок аортального клапана, обратный ток крови из аорты в левый желудочек, определяют степень поражения клапана.

Аортальная недостаточность - Лечение

Медикаментозное лечение недостаточности клапана аорты сводится к лечению основного заболевания, если оно бывает вовремя выявлено. На поздних стадиях это лечение сердечной недостаточности.

Хирургическое лечение аортальной недостаточности. Если поражение клапана аорты негрубое, возможна пластика аортального клапана. Для этого используются различные методики. Однако при таких операциях высок риск повторного возникновения аортальной недостаточности и возникает необходимость в повторной операции. Поэтому большинству больных с этим пороком сердца все-таки рекомендуется протезирование клапана аорты.

Смертность при оперативном лечении от 3 до 10%. Хорошие результаты хирургического лечения сохраняются до 10 лет у 75% оперированных.

Литература:

Основная литература (ОЛ)

3. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирург. болезни" В 2-х тт. Том 1, 2/ Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 400 с.,600 с. : ил., цв. ил. . - Библиогр. : с.398-399 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный



ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (ДЛ)

6. Кириенко А. И. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" [Печатный текст]/ Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 184, [8] с.
7. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина . - Изд. 3-е, перераб. и доп. . - М. : Медицина , 2005 . - 780 с. : ил.
8. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
9. Чернов В. Н. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии [Печатный текст] / Чернов В. Н. . - Ростов н/Д.: Феникс , 2007 . - 352с.
10. Бельков А. В. Руководство по факультетской хирургии [Электронный ресурс]. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2009. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Вопросы для самоконтроля:

1. Клиника, диагностика, лечение лимфоидных опухолей: лимфогранулематоза (болезни Ходжкина), лимфосаркомы, ретикулосаркомы.
2. Клиника, диагностика, лечение дисэмбриогенетических опухолей: внутригрудного зоба, тератомы, хорионэпителиомы, семиномы.
3. Клиника, диагностика, лечение тимом: доброкачественных и злокачественных.
4. Кисты средостения: понятия, классификация.



5. Клиника, диагностика, лечение истинных кист средостения: целоми-ческих кист перикарда, бронхогенных, энтерогенных кист и кист вилочковой железы.
6. Какие методы лечения пороков сердца вы знаете?

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н. _____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Зачетное занятие (часть 1)

Количество часов – 2.

Форма аттестации по освоения дисциплины – зачет. Задания для студентов сформулированы в виде вопросов, в составе которых предложены варианты воспроизведения практических навыков и теоретические вопросы по дисциплине.

<i>№ n/n</i>	<i>Вопросы для этапа зачета (контроль освоения практических навыков)</i>	<i>Проверяемые компетенции</i>
1	Принципы оказания помощи пациентам при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
2	Определение групп крови с использованием стандартных сывороток, цоликлонов.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
3	Неотложная помощь при геморрагическом шоке.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
4	Оказание первой помощи при травматическом шоке.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
5	Вагосимпатическая блокада. Показания. Техника. Осложнения.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
6	Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением паренхиматозных органов.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
7	Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением полых органов.	ОК-1.



8	Неотложная помощь при проникающем ранении брюшной полости.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
9	Неотложная помощь при проникающем ранении грудной клетки.	ОК-4.
10	Неотложная помощь при ранении крупных сосудов, сердца.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
11	Неотложная помощь с посттрансфузионным шоком.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
12	Определение пульсации на периферических артериях нижних конечностей.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
13	Неотложная помощь больному при тупой травме живота.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
14	Подготовка рук хирурга к операции. Основные методы. Их преимущества и недостатки.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
15	Неотложная помощь больному с желчной коликой.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
16	Неотложная помощь больному с почечной коликой.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
17	Дать характеристику годности ампулы крови для переливания.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
18	Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости.	ОК-1.
19	Написать предоперационное заключение больному с тупой травмой живота.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
20	Неаппаратные способы искусственного дыхания. Показания. Техника.	ОК-4.
21	Неотложная помощь при переливании иногруппной крови.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
22	Диагностическая лапароскопия, методика, подобрать инструменты.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
23	Неотложная помощь при тромбозах и эмболиях магистральных сосудов.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
24	Подобрать инструменты для аппендэктомии.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
25	Неотложная помощь при синдроме длительного сдавливания конечностей (краш-синдром).	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
26	Неотложная помощь больному при кровохарканье и легочном кровотечении.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
27	Неотложная помощь при ректальном кровотечении.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
28	Лапароцентез. Показания. Осложнения. Подобрать инструментарий.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
29	Неотложная помощь при ущемлении геморроидальных узлов.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
30	Непрямой массаж сердца. Показания. Техника. Осложнения.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
31	Показания и техника наложения суспензория.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
32	Неотложная помощь больному со столбняком.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.



33	Трахеостомия. Показания. Методика. Осложнения.	ОК-1.
34	Неотложная помощь больному с напряженным пневмотораксом.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
35	Подобрать инструментарий, собрать систему для плевральной пункции и дренажа по Бюлау.	ОК-4.
36	Реанимационные мероприятия при клинической смерти.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
37	Неотложная помощь больным с копростазом.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
38	Паранефральная блокада. Показания. Техника. Осложнения.	ОК-1.
39	Определение резус-принадлежности крови.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
40	Неотложная помощь больному с острой почечной недостаточностью.	ОК-4.
41	Остановка кровотечения из подвздошной артерии.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
42	Неотложная помощь при трахеобронхиальной непроходимости.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
43	Установка зонда Блэкмора: показания. Техника.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
44	Собирать анамнез, проводить объективные обследования, оценивать данные лабораторного исследования мочи и крови у больного хирургического профиля.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
45	Назначить антибиотикопрофилактику пациенту в экстренной и плановой хирургии.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
46	Назначить профилактику тромбозов и тромбоэмболических осложнений при операции.	ОК-1.
47	Оказать неотложную помощь и назначить обследование пациента при кишечном кровотечении.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
48	Провести дифференциальную диагностику кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, язвы желудка и кишечного кровотечения.	ОК-4.
49	Оценка лабораторных методов исследования.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
50	Оценка инструментальных методов исследования.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.


№	Вопросы к зачету по дисциплине «Госпитальная хирургия»	Проверяемые компетенции
1	Доброкачественные заболевания легких: клиника, диагностика, принципы лечения.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
2	Методы диагностики и дифференциальная диагностика острого аппендицита с другими воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.	ОК-1.
3	Доброкачественные опухоли и дисгормональные гиперплазии молочной железы: диагностика, лечение, профилактика развития.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.



4	Доброкачественные заболевания артерий: Определение, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.	ОК-4.
5	Доброкачественные заболевания вен: Определение, классификация, клиника. Значение проб в диагностике проходимости вен, недостаточности клапанного аппарата.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
6	Органосохраняющие операции у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9
7	Определение, классификация и современные подходы к лечению желчнокаменной болезни.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
8	Определение, классификация, выбор способа и определение показаний к хирургическому лечению острого холецистита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
9	Определение, классификация, диагностика и выбор способа лечения болезней оперированного желудка.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
10	Определение, классификация, диагностика и лечение варикозного расширения вен нижних конечностей.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
11	Определение, классификация, диагностика, показания к малоинвазивным способам лечения острого панкреатита.	ОК-1.
12	Клиника, диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочной железы.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
13	Определение, классификация, клиника, диагностика и лечение рака поперечно-ободочной кишки.	ОК-4.
14	Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение рака щитовидной железы.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
15	Определение, классификация, клиника, диагностика и основные хирургические способы лечения паховых грыж.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
16	Определение, классификация, клиника, диагностика острого аппендицита. Малоинвазивные способы аппендэктомии: преимущества и недостатки.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
17	Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика осложнений острого аппендицита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
18	Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение узлового зоба.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
19	Определение, классификация, клиника, диагностика, показания к операции, принципы и особенности послеоперационного ведения больных с тиреотоксическим зобом.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
20	Определение, классификация, клиника, диагностика, показания к операции, принципы и особенности операций при диффузном токсическом зобе.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
21	Определение, классификация, клиника, диагностика, пути метастазирования рака молочной железы.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.



22	Классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях.	ОК-1.
23	Определение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение острого панкреатита.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
24	Этиология, классификация, клиника, способы ранней диагностики и лечения рака молочной железы.	ОК-4.
25	Определение, классификация, клиника, хирургическая тактика лечения панкреонекроза.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
26	Этиология, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение рака щитовидной железы.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
27	Определение, классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение механической кишечной непроходимости.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
28	Клиника, диагностика и выбор способа оперативного лечения рака толстой кишки, в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
28	Клиника, диагностика и выбор способа оперативного лечения рака толстой кишки, в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса.	ОК-1.
30	Клиника, диагностика и лечение рака молочной железы.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
31	Клиника, диагностика и малоинвазивные способы хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-4.
32	Клиника, диагностика острого панкреатита, место малоинвазивных технологий в лечении осложнений острого панкреатита.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
33	Клиника, диагностика, выбор способа лечения осложнений, возникающих после операций на щитовидной железе.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
34	Клиника, диагностика, лечение облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, роль ангиографии в определении хирургической тактики.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
35	Клиника, диагностика, лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
36	Клиника, диагностика, основные виды и способы оперативного лечения прямых паховых грыж.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
37	Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, выбор способа операции при остром холецистите.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
38	Клиника, диагностика, принципы оперативного лечения ущемленных послеоперационных грыж.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
39	Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение зоба Риделя и зоба Хашимото.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
40	Клиника, дифференциальная диагностика и лечение кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая Опре-	ОК-1.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Госпитальная хирургия» Методические указания для обучающихся	-281-
---	--	--	-------

	деление, классификация язвенных кровотечений.	
41	Клиника, дифференциальная диагностика и хирургические подходы к лечению малигнизированных язв желудка.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
42	Клиника, дифференциальная диагностика и хирургические подходы к лечению перфоративной язвы желудка.	ОК-4.
43	Клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, основные виды оперативного лечения косых и прямых паховых грыж.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
44	Клиника, дифференциальная диагностика, способы лечения не язвенных пищеводно-желудочных кровотечений.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
45	Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение острого гнойного мастита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
46	Клиника, Определение, классификация, диагностика и лечение кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
47	Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни: преимущества и недостатки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
48	Международная Определение, классификация рака молочной железы по системе TNM, виды хирургического лечения.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
49	Облитерирующий эндартериит: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
50	Определение, классификация заболеваний щитовидной железы. Определение показаний к хирургическому лечению и основные виды операций на щитовидной железе, возможные осложнения.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА НА ЗАЧЕТЕ

ПО 100 БАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Оценка
Дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется с использованием терминов, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.	А	100-96	5 (5+)
Дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.	В	95-91	5



Дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком, с использованием терминов. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.	C	90-86	4 (4+)
Дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.	C	85-81	4
Дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, используются термины, однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	D	80-76	4 (4-)
Дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.	E	75-71	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	E	70-66	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	E	65-61	3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Fx	60-41	2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	2




Характеристика ответа	Уровень сформированности компетентности	Баллы в БРС	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	высокий	100–96	5(5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.</p>	высокий	95–91	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	средний	90–86	(4+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	средний	85–81	4



Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	средний	80–76	4(4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.	низкий	75-71	3(3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	низкий	70–66	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	низкий	65–61	3(3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	крайне низкий	60–41	2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	крайне низкий	40–0	2



Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.  Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по «Госпитальной хирургии» для студентов
педиатрического факультета по теме:
Зачетное занятие (часть 2)

Количество часов – 1.

Форма аттестации по освоения дисциплины – зачет. Задания для студентов сформулированы в виде вопросов, в составе которых предложены варианты воспроизведения практических навыков и теоретические вопросы по дисциплине.

№	Вопросы к зачету по дисциплине «Госпитальная хирургия»	Проверяемые компетенции
1	Доброкачественные заболевания легких: клиника, диагностика, принципы лечения.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
2	Методы диагностики и дифференциальная диагностика острого аппендицита с другими воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.	ОК-1.
3	Доброкачественные опухоли и дисгормональные гиперплазии молочной железы: диагностика, лечение, профилактика развития.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
4	Доброкачественные заболевания артерий: Определение, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.	ОК-4.
5	Доброкачественные заболевания вен: Определение, классификация, клиника. Значение проб в диагностике проходимости вен, недоста-	ОК-1, 4, ОПК-1,3.



	точности клапанного аппарата.	
6	Органосохраняющие операции у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9
7	Определение, классификация и современные подходы к лечению желчнокаменной болезни.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
8	Определение, классификация, выбор способа и определение показаний к хирургическому лечению острого холецистита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
9	Определение, классификация, диагностика и выбор способа лечения болезней оперированного желудка.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
10	Определение, классификация, диагностика и лечение варикозного расширения вен нижних конечностей.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
11	Определение, классификация, диагностика, показания к малоинвазивным способам лечения острого панкреатита.	ОК-1.
12	Клиника, диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочной железы.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
13	Определение, классификация, клиника, диагностика и лечение рака поперечно-ободочной кишки.	ОК-4.
14	Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение рака щитовидной железы.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
15	Определение, классификация, клиника, диагностика и основные хирургические способы лечения паховых грыж.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
16	Определение, классификация, клиника, диагностика острого аппендицита. Малоинвазивные способы аппендэктомии: преимущества и недостатки.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
17	Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика осложнений острого аппендицита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
18	Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение узлового зоба.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
19	Определение, классификация, клиника, диагностика, показания к операции, принципы и особенности послеоперационного ведения больных с тиреотоксическим зобом.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
20	Определение, классификация, клиника, диагностика, показания к операции, принципы и особенности операций при диффузном токсическом зобе.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
21	Определение, классификация, клиника, диагностика, пути метастазирования рака молочной железы.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
22	Классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях.	ОК-1.
23	Определение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение острого панкреатита.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.



24	Этиология, классификация, клиника, способы ранней диагностики и лечения рака молочной железы.	ОК-4.
25	Определение, классификация, клиника, хирургическая тактика лечения панкреонекроза.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
26	Этиология, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение рака щитовидной железы.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
27	Определение, классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение механической кишечной непроходимости.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
28	Клиника, диагностика и выбор способа оперативного лечения рака толстой кишки, в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
28	Клиника, диагностика и выбор способа оперативного лечения рака толстой кишки, в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса.	ОК-1.
30	Клиника, диагностика и лечение рака молочной железы.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.
31	Клиника, диагностика и малоинвазивные способы хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-4.
32	Клиника, диагностика острого панкреатита, место малоинвазивных технологий в лечении осложнений острого панкреатита.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
33	Клиника, диагностика, выбор способа лечения осложнений, возникающих после операций на щитовидной железе.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
34	Клиника, диагностика, лечение облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, роль ангиографии в определении хирургической тактики.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
35	Клиника, диагностика, лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
36	Клиника, диагностика, основные виды и способы оперативного лечения прямых паховых грыж.	ОК-1, ОПК-1, ПК-15,16.
37	Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, выбор способа операции при остром холецистите.	ОК-1, ОПК-1, ПК-1, 14.
38	Клиника, диагностика, принципы оперативного лечения ущемленных послеоперационных грыж.	ОК-4, ОПК-11, ПК-1,
39	Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение зоба Риделя и зоба Хашимото.	ОК-4, ОПК-1, 11, ПК-1, 16.
40	Клиника, дифференциальная диагностика и лечение кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая Определение, классификация язвенных кровотечений.	ОК-1.
41	Клиника, дифференциальная диагностика и хирургические подходы к лечению малигнизированных язв желудка.	ОК-1, 4, ОПК-11, ПК-1.



42	Клиника, дифференциальная диагностика и хирургические подходы к лечению перфоративной язвы желудка.	ОК-4.
43	Клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, основные виды оперативного лечения косых и прямых паховых грыж.	ОК-1, 4, ОПК-1,3.
44	Клиника, дифференциальная диагностика, способы лечения не язвенных пищеводно-желудочных кровотечений.	ОК-1, 4, ОПК-1,11, ПК-1, 20.
45	Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение острого гнойного мастита.	ОК-1, 4, ОПК-5,6, ПК-1, 22.
46	Клиника, Определение, классификация, диагностика и лечение кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
47	Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни: преимущества и недостатки.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
48	Международная Определение, классификация рака молочной железы по системе TNM, виды хирургического лечения.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
49	Облитерирующий энтерит: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.
50	Определение, классификация заболеваний щитовидной железы. Определение показаний к хирургическому лечению и основные виды операций на щитовидной железе, возможные осложнения.	ОК-1, 4, ОПК-1,3,4,5,6,8,9,10,11, ПК-1,5, 6,7,8,9,11,14,15,16,20,21,22.

Методические рекомендации разработал доцент кафедры, к.м.н.
_____ Косивцов О.А. Методические рекомендации утверждены на ка-
федральном совещании, 18 июня 2018 года, протокол №11.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

-289-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Госпитальная хирургия»
Методические указания для обучающихся

-290-