

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 1 из 32	

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Детская хирургия».


Код дисциплины: ДН 4305

Название ОП - 6В10101 «Общая медицина»

Объем учебных часов/кредитов - 120ч. (4 кредитов)

Курс и семестр изучения – 4 курс, VII семестр

Объем лекции: 10 ч.

<p>ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 2 из 32	

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силабусом) «Детская хирургия» и обсужден на заседании кафедры.

Протокол № 11 «26» 06 2023г.

Заведующий кафедрой, PhD



Кемельбеков К.С.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 3 из 32	

Лекция №1.

1.Тема: История детской хирургии РК. Особенности острого аппендицита у детей. Перитонит.
2. Цель: История отечественной детской хирургии. Вклад детских хирургов РК в развитие детской хирургии. Этика и деонтология в детской хирургии.

- Усвоение алгоритмов диагностики , лечения и тактики при остром аппендиците.

3. Тезисы лекции:

История детской хирургии РК.

Детская хирургия- наука изучающая этиологию, патогенез, клинику, исходы, диагностику и способы лечения врожденных и приобретенных пороков развития и заболеваний детского возраста.

Большой вклад в развитие детской хирургии внес видный советский ученый, талантливый хирург, заслуженный деятель науки Казахской ССР, академик Александр Николаевич Сызганов который являлся основателем Научного Центра хирургии в 1945 году. Директором центра он проработал 30 лет, с 1945 по 1975 год. Под руководством академика А.Н. Сызганова сотрудники института разработали ряд мероприятий по борьбе с эндемическим зобом. По его настоянию был открыт первый в республике противозобный диспансер с филиалами в областных центрах. При непосредственном участии академика А.Н. Сызганова ученые и врачи института разработали оригинальные методы предупреждения гнойных осложнений при травмах и внедрили в практику обработку ран внутритканевым введением раствора антибиотиков в сочетании с новокаиновой блокадой. В 1956 году приступило к работе отделение грудной хирургии, в котором проводились научные исследования, оказывалась хирургическая помощь больным с неспецифическими заболеваниями легких. Год спустя, на базе института хирургии был организован первый в Казахстане онкологический сектор. Его специалисты занимались изучением различных методов хирургического лечения некоторых злокачественных опухолей. В 1958 году в институте открывается отделение сердечно-сосудистой хирургии, где академик А.Н. Сызганов выполняет первую в Казахстане операцию на сердце. В 1975 году на должность директора института назначается известный ученый, хирург, профессор Гавриил Кириллович Ткаченко. Он возглавлял это учреждение до 1980 года. С 1980 года Центром руководит академик НАН РК, лауреат Государственных премий РК, "Халық Қаһарманы" Мухтар Алиевич Алиев. В этом же году институту было присвоено имя его основателя - академика А.Н. Сызганова. **Школа хирургов казахстана** Директор Центра, доктор медицинских наук, Болат Бимендеевич Баймаханов: - Академик М.А. Алиев, являясь выдающимся хирургом, способным выполнять операции практически на любых органах, в настоящее время руководит ведущей школой хирургов Казахстана. Его учениками защищено 67 докторских и 81 кандидатских диссертаций. Девятнадцать сотрудников Центра хирургии удостоены звания Лауреатов Государственных премий, двое являются Заслуженными деятелями науки Республики Казахстан. В настоящее время многие из учеников академика М.А. Алиева занимают ответственные посты. Благодаря настойчивости Мухтара Алиевича Центр получил современное оборудование фирмы "Тошиба", приобретенное за счет кредита Исламского банка развития и безвозмездного гранта короля Саудовской Аравии. **Структура центра хирургии** Институт имени А.Н. Сызганова располагает 9 клиническими отделами и 18 вспомогательными отделениями. В отделе кардиохирургии выполняются операции на сердце. Специалисты отдела хирургии пищевода, желудка и органов средостения проводят лечение больных с заболеваниями этих органов. В отделе хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы занимаются удалением различных кист и пораженных участков печени. При оперативном лечении некоторых заболеваний применяется плазменный скальпель. Здесь,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 4 из 32	

также, проводится хирургическое лечение эхинококкоза, различных доброкачественных и злокачественных опухолей печени, цирроза печени, реконструктивно-восстановительные операции на желчных путях и оперативные вмешательства при заболеваниях придатков матки. В отделе сосудистой хирургии и микрохирургии проводят все виды операций на сосудах. Микрохирурги, также, оказывают пациентам помощь при травматических ампутациях сегментов конечностей: частей пальцев и кисти. Специалисты отдела торако-абдоминальной хирургии оперируют пациентов с заболеваниями органов грудной, брюшной полости и мочеполовой системы. В отделе трансплантации получают лечение не только граждане Казахстана, но и пациенты из Кыргызстана, Узбекистана и Турции. Врачи отделения общей экстренной хирургии выполняют все виды неотложных хирургических вмешательств, за исключением травматологических, гнойной хирургии и нейрохирургии. Кроме этих отделов в Центре имеются несколько диагностических лабораторий"

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки

КЛАССИФИКАЦИЯ:

Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита

- недеструктивный аппендицит (простой, катаральный)
- деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный).
- осложненный аппендицит (периаппендикулярные инфильтрат и абсцесс, перитонит).

Жалобы и анамнез:

Клиника острого аппендицита зависит от возраста, расположения червеобразного отростка в брюшной полости, реактивности организма, от формы воспаления червеобразного отростка и наличия осложнений;

- боль возникает внезапно, в начале заболевания боль в эпигастральной области с последующей локализацией в правой подвздошной области, чаще носит постоянный, ноющий характер;
- тошнота в первые часы заболевания;
- рвота – чаще однократная или двухкратная в первые часы заболевания;
- сухость во рту, обложенность языка;
- температурная реакция обычно бывает 37,5-38°C;
- тахикардия;
- вынужденное положение тела, чаще на правом боку с приведенными к животу ногами.

Физикальное обследование:

- при пальпации в правой подвздошной области отмечается локальная болезненность (симптом Филатова) и пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области (*defanse musculaire*);
- симптом Кохера - боль в эпимезогастррии, которая в последующем перемещается в правую подвздошную область;
- симптом Ситковского - усиление болезненности в правой подвздошной области при положении больного на левом боку;
- симптом Ровзинга - усиление болезненности в правой подвздошной области при пальпации в левой подвздошной области с перемещением газов по толстой.
- симптом Воскресенского - появление боли в правой подвздошной области при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке от реберного края книзу;

- симптом Щеткина - Блюмберга – появление боли при резком отнятии руки в правой подвздошной области;
- симптом несоответствия температуры и пульса (в норме при повышении температуры на 1 градус частота пульса растет на 10 ударов, при аппендиците – частота пульса значительно превышает повышение температуры);
- пальцевое прямокишечное исследование следует проводить всем детям с подозрением на аппендицит для определения признаков воспаления патологических образований малого таза, отмечается болезненность стенки прямой кишки справа.
- при ретроцекальном расположении червеобразного отростка – отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины могут отсутствовать.
- Отмечается болезненность в правой поясничной области, в области поясничного треугольника (симптом Яуре-Розанова).
- С переходом воспаления на мочеточник или лоханку почки может отмечаться появление небольшого количества белка и единичных эритроцитов в моче;
- при тазовом расположении характерно отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации определяется над лоном;
- при ретроперитонеальном расположении боли появляются в правой поясничной области, могут иррадиировать в половые органы или по ходу мочеточника вызывают дизурические явления.

4. Иллюстративный материал: Презентация в 40 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

Основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 6 из 32	

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>
4. Электронды каталог
 - ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
 - сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>
5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>
6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>
7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>
8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>
9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>
10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
11. [inform.kz https://www.inform.kz/ru/o-dostizheniyah-kazahstanskoy-mediciny-rasskazal-ministr-zdravoohraneniya_a3801797](https://www.inform.kz/ru/o-dostizheniyah-kazahstanskoy-mediciny-rasskazal-ministr-zdravoohraneniya_a3801797)
12. <https://e-history.kz/ru/news/show/6228/> © e-history.kz

Лекция №2

1. **Тема:** Атрезия пищевода. Диафрагмальная грыжа. Гастрошизис. Омфалоцеле..
2. **Цель:** Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения атрезии пищевода, диафрагмальной грыжи, гастрошизиса, омфалоцеле.
3. **Тезисы лекции:**
Атрезия пищевода.
 Атрезия пищевода — порок развития, при котором проксимальный и дистальный концы пищевода не сообщаются между собой.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
 Среди новорождённых с атрезией пищевода около 30% составляют недоношенные.
КЛАССИФИКАЦИЯ
 Принято выделять несвищевую форму атрезии (оба сегмента заканчиваются слепо, не имея сообщения с трахеей), свищевую форму (один из сегментов или оба имеют сообщение с трахеей) и изолированный трахеопищеводный свищ.
ПАТОГЕНЕЗ
 Развитие порока связано с нарушением процессов дифференцировки и вакуолизации первичной кишки в солидной стадии, а также при несоответствии направления и скорости роста трахеи и пищевода.
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
 Антенатальными признаками атрезии могут быть отсутствие визуализации желудка у плода либо микрогастрия, особенно в сочетании с многоводием.
 Признаки атрезии пищевода появляются сразу после рождения. Верхний сегмент пищевода и носоглотка заполнены слизью, в результате чего у ребёнка появляются обильные пенистые выделения изо рта. После аспирации содержимого данная картина через некоторое время повторяется. Если диагноз не установлен, то при попытке кормления через рот у ребёнка возникает дисфагия с цианозом. В динамике нарастают дыхательные расстройства, наиболее выраженные при наличии дистального трахеопищеводного свища.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 7 из 32	

При некоторых формах атрезии клиническая картина имеет отличительные особенности. Так, при изолированной форме из-за отсутствия газонаполнения кишечных петель живот запавший, мягкий, безболезненный при пальпации. При резком вздутии всей брюшной полости можно предположить наличие широкого трахеопищеводного свища.

ДИАГНОСТИКА

Инструментальные исследования

При малейшем подозрении на атрезию пищевода необходимо выполнить зондирование желудка. При наличии порока на расстоянии 8-13 см для прохождения зонда встречается препятствие. Можно выполнить пробу Элефанта: при введении воздуха шприцем через назогастральный зонд отмечается его выделение с характерным «хлопком». Этот метод основан на субъективных ощущениях, поэтому в настоящее время его не применяют. Рентгенографию проводят в вертикальном положении с захватом грудной клетки и брюшной полости в прямой проекции. Под визуальным контролем рекомендуют ввести водорастворимое контрастное вещество (не более 1 мл) в верхний сегмент пищевода через назогастральный зонд. Правильно проведенная рентгенография даёт полноценную информацию. Так, газонаполнение желудка и кишечных петель свидетельствует о наличии дистального трахеопищеводного свища; отсутствие пневматизации кишечника характерно для изолированной формы атрезии. Наличие уровней жидкости свидетельствует о сочетанной патологии ЖКТ, попадание контрастного вещества в трахею может быть признаком проксимального трахеопищеводного свища.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение атрезии пищевода только хирургическое.

Врожденная диафрагмальная грыжа.

Диафрагмальная грыжа — разнообразный по форме порок развития диафрагмы.

Классификация

Выделяют три основных вида данной аномалии:

- грыжи собственно диафрагмы;
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- передние (френоперикардальные) грыжи.
- Наиболее частый вариант аномалии — грыжи собственно диафрагмы (ложные и истинные).

ЭТИОЛОГИЯ.

При ложных грыжах собственно диафрагмы в заднебоковом отделе органа имеется дефект, через который органы брюшной полости антенатально попадают в грудную клетку (грыжа щели Богдалека) и вызывают сдавление лёгкого, вызывая недоразвитие последнего разной степени. Перемещёнными обычно оказываются органы ЖКТ, селезёнка, левая доля печени (грыжи собственно диафрагмы чаще бывают левосторонними).

Патогенез.

Клинические проявления диафрагмальной грыжи обусловлены недоразвитием (гипоплазией) лёгкого на стороне поражения, сдавлением средостения и противоположного лёгкого находящимися в грудной клетке органами брюшной полости. Значительную роль в патофизиологии диафрагмальных грыж играют возобновление фетального кровотока и

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 8 из 32	

развивающаяся лёгочная гипертензия, которые провоцируют смешанную лёгочную и сосудистую недостаточность.

Клиническая картина.

Ложные грыжи собственно диафрагмы.

В течение несколько часов после рождения возникают цианоз, одышка, затруднённое дыхание. При осмотре ребёнка обращает на себя внимание «запавший» живот, расширение грудной клетки на стороне поражения.

При аускультации выявляют смещение сердца в противоположную сторону. На стороне поражения дыхание резко ослаблено либо отсутствует, при перкуссии выявляют тимпанит. Иногда в грудной клетке на стороне поражения можно прослушать перистальтические кишечные шумы, однако вследствие крайне тяжёлого состояния ребёнка возможно резкое ослабление перистальтики кишечных петель.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — порок развития, при котором часть желудка расположена в грудной клетке. Хотя симптомы данной аномалии достаточно ярки, диагностика крайне редко оказывается своевременной.

Клиническая картина.

Основной симптом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы — срыгивания и рвота сразу после или во время кормления. В последнем случае ребёнок «отрывается» от груди матери, возникает срыгивание или рвота, затем ребёнок снова начинает с жадностью сосать. Характер рвотных масс — неизменённое молоко (или иная пища, которую получает ребёнок), иногда с примесью крови в виде прожилок или «кофейной гущи». Постепенно ребёнок начинает отставать в физическом развитии, возникает анемия. Диагноз устанавливают на основании рентгенологической картины: на обзорных рентгенограммах часть газового пузыря желудка расположена в грудной клетке. Подтверждают диагноз при контрастном рентгенологическом исследовании, которое демонстрирует не только частичное расположение желудка над диафрагмой, но и гастроэзофагеальный рефлюкс. Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы хирургическое.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 37 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 9 из 32	

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).

3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>

4. Электронды каталог

- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>

- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>

5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>

6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>

7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>

8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>

9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>

10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №3

1. Тема: Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника.

2. Цель: Усвоение методов диагностики и лечения новорожденных с пороками развития желудочно-кишечного тракта (пилоростеноз, заворот кишечника и др). Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение по клиническим протоколам. Усвоение методов диагностики и лечения детей при инвагинацией кишечника.

3. Тезисы лекции:

Высокая кишечная непроходимость.

Высокая кишечная непроходимость — непроходимость кишечника выше связки Трейтца, как правило, непроходимость двенадцатиперстной кишки.

Независимо от причины непроходимости клинические симптомы одинаковые.

Антенатально у плода имеется симптом «двойного пузыря», также отмечают многоводие. Дети рождаются, как правило, с признаками внутриутробной гипотрофии.

Первые клинические проявления в виде рвоты застойным содержимым появляются к концу первых или в начале вторых суток жизни. При зондировании из желудка эвакуируется более 20 мл тёмно-зелёной желчи. Меконий светлый, отходит в небольшом количестве.

Физикальное исследование

При осмотре общее состояние ребёнка остаётся стабильным, дыхательных расстройств не отмечается, при осмотре живота отмечают вздутие эпигастральной области, западение нижних отделов живота.

После зондирования желудка вздутие эпигастральной области исчезает.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 10 из 32	

При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При кормлении возникает рвота с примесью зелёного цвета, объём её увеличивается при увеличении объёма кормления. Аускультативно перистальтические шумы не выслушиваются.

Лабораторные исследования

В связи с постоянной потерей соляной кислоты в рвотных массах происходит увеличение щелочных резервов крови.

Инструментальные исследования

Основным методом диагностики высокой кишечной непроходимости считают рентгенологический (в вертикальном положении).

- Определяются два уровня жидкости (желудок и двенадцатиперстная кишка);
- пневматизация нижележащих отделов кишечника отсутствует или значительно снижена.

Дифференциальную диагностику проводят с другими видами кишечной непроходимости, функциональными нарушениями ЖКТ.

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение.

Низкая кишечная непроходимость.

Низкая кишечная непроходимость — непроходимость кишечника ниже связки Трейтца.

- Наиболее частыми причинами низкой кишечной непроходимости бывают:
- врождённая атрезия тонкой кишки;
- врождённая атрезия толстой кишки (и в сочетании с атрезией анального отверстия);
- удвоение кишечной трубки;
- мекониевый илеус;
- болезнь Гиршпрунга.

Физикальное исследование

При осмотре часто отмечают снижение двигательной активности ребёнка живот равномерно вздут, после рвоты его размеры не изменяются; через переднюю брюшную стенку контурируются петли кишечника, растянутые меконием или газом.

Из-за высокого стояния диафрагмы часто появление одышки. Перкуторно определяют тимпанический звук во всех отделах живота, аускультативно — редкие перистальтические шумы, которые с течением времени исчезают.

Пальпация живота резко болезненная.

4. Иллюстративный материал: Презентация в 53 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 11 из 32	

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).

3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>

4. Электронды каталог

- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>

- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>

5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>

6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>

7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>

8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>

9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>

10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

11. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017

Лекция №4

1. Тема: Пороки развития толстой кишки. Болезнь Гиршпрунга. Атрезия ануса и прямой кишки.

2. Цель. Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения болезни Гиршпрунга, атрезии ануса и прямой кишки.

3. Тезисы лекции:

Аномалии толстой кишки.

Под аномалиями понимают отклонения от структуры и/ или функции, присущей данному биологическому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма.

Причинами приводящие к развитию аномалий, является воздействие на плод время беременности и эмбриогенеза неблагоприятных факторов внешней среды, инфекций, химических веществ, лекарственных средств. Такими факторами являются повышенный уровень радиоактивного излучения, гиперинсоляция, гипертермия, продукты химического производства, краснуха, цитостатики.

Нарушения развития толстой кишки в период эмбриогенеза могут затрагивать все процессы ее формирования.

В связи с этим, по классификации Г.И.Воробьева и соавт (1989), выделяют:

- аномалии интрамуральной нервной системы:
- врожденную ангиодисплазию толстой кишки:
- врожденное удлинение толстой кишки:

- врожденное нарушение положения и фиксации толстой кишки;
- удвоение толстой кишки;
- сочетание различных аномалий;

Более чем в 80% случаев отмечается сочетание различных видов аномалий.

По происхождению различают аномалии развития и положения толстой кишки:

I. Врожденное нарушение роста ободочной кишки. Если на этапе развития эмбриона рост кишечной стенки в результате каких-либо причин останавливается, то возникает врожденное укорочение или отсутствие какого-либо отдела ободочной кишки. Как правило, такая аномалия сочетается с другими, прежде всего ротационными.

Формирование ободочной кишки необычно большой длины за счет избыточного роста носит название долихоколон. Наиболее часто удлинение отмечается в сигмовидной кишке. В таких случаях говорят о долихосигме.

II. Положение и подвижность ободочной кишки определяется такими факторами, как отношение ее к брюшинным покровам, длина и форма брыжейки, наличие фиксирующих связок и спаек в брюшной полости. Наиболее часто встречающимися и имеющие клиническое значение, нарушения фиксации ободочной кишки являются правосторонний и левосторонний колоптоз, тотальный колоптоз, патологическая подвижность правых отделов ободочной кишки. Наибольшее клиническое значение имеет патологическая подвижность правых отделов ободочной кишки. Это состояние предрасполагает к завороту слепой кишки, илеоцекальной инвагинации, развитию болевого синдрома. Ненормальная подвижность правой половины толстой кишки, обусловленная наличием общей брыжейки. Подвижная правая половина толстой кишки у ряда людей может ничем не проявляться на протяжении всей жизни. Поэтому в анатомическом понимании этот вид нарушения фиксации правой половины толстой кишки дает клиническое проявление и становится источником тяжелых осложнений, следует рассматривать как самостоятельное заболевание. Основными симптомами является боль в животе, локализуемая, как правило, в правой подвздошной области. Боль чаще постоянная, тупого характера, иногда приступообразная, нередко иррадирует в крестец, спину и нижнюю конечность. Стойкий хронический запор также является частым симптомом этого страдания, что, по-видимому, связано с вторичными изменениями моторики правой половины ободочной кишки. Характерным примером заболевания является метеоризм, сопровождающийся иногда шумом плеска в правой подвздошной области.

III. Ротационные аномалии. Если рост кишечной трубки в процессе эмбриогенеза проходил нормально, но были нарушены поворот ее и фиксация к задней стенке живота на одном из этапов, то такое патологическое состояние приводит к возникновению ротационных аномалий. Отсутствие ротации является редким, сочетающимся с тяжелыми аномалиями других органов и поэтому несовместимым с жизнью плода состоянием. Вот почему больные с отсутствием ротации кишечника во взрослой клинической практике не встречается. При незавершенном повороте, или так называемой неполной ротации, суть аномалии заключается в остановке поворота кишечной трубки на одном из его этапов.

Неполная ротация (незавершенный поворот кишечника)- основной тип ротационных аномалий, встречающийся у взрослых пациентов.


4.Иллюстративный материал: Презентация в 22 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 13 из 32	

2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.
2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>
4. Электронды каталог
 - ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
 - сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>
5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>
6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>
7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>
8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>
9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>
10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №5

1. **Тема:** Пороки развития легких. Бактериальная деструкция легких.
2. **Цель.** Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения бактериальной деструкции легких и других пороках развития легких.

3. Тезисы лекции:

Легочные и бронхиальные аномалии.

Различия между врожденными бронхолегочными аномалиями и приобретенными заболеваниями часто незначительны. Например, возникновение пневмоторакса или присоединение инфекции на фоне кистозных образований в лёгких стирает признаки, указывающие на происхождение порока.

Среди многообразия нарушений наибольшее значение имеют кистозные аномалии лёгких, средостения и секвестрация лёгкого.

Кистозные аномалии

Среди кистозных аномалий лёгких и средостения различают кистоаденоматозные аномалии лёгких, бронхогенные либо гастроэнтерогенные кисты лёгких и средостения.

Классификация.

В зависимости от морфологических особенностей, размеров кист и обширности поражения возможны три типа патологии.

Тип I — единичные или множественные кисты диаметром более 2 см, выстланные мерцательным псевдомногослойным цилиндрическим эпителием. Между кистами иногда находятся тканевые элементы, напоминающие нормальные альвеолы.

Тип II — множественные мелкие (менее 1 см в диаметре) кисты выстланы мерцательным (кубовидным либо цилиндрическим) эпителием. Между кистами находятся респираторные бронхиолы и растянутые альвеолы, в то время как слизистые клетки и хрящ отсутствуют. Отмечают, что частота сочетанных врождённых аномалий при этом пороке велика.

Тип III — наиболее тяжёлое, обширное поражение, обычно некистозного характера, вызывающее смещение средостения.

При этом варианте аномалии бронхиолоподобные образования с цилиндрическим кубовидным эпителием разделены тканевыми структурами, напоминающими альвеолы, но выстланными немерцательным кубовидным эпителием.

Клиническая картина.

Клинические проявления кистозных аномалий зависят от размеров, количества кист, а также от наличия осложнений. Кистоаденоматозные аномалии I типа обычно не вызывают заболеваний. Как правило, их находят антенатально во время УЗИ плода. Множественные кисты или единичные образования больших размеров обычно манифестируют респираторным дисстресс синдромом. При возникновении осложнений (присоединение инфекции, разрыв кист, пневмоторакс) на первый план выступают симптомы этих осложнений.

Необходимо подчеркнуть, что выявленные антенатально кистоаденоматозные аномалии могут в процессе внутриутробного развития исчезнуть, поэтому пренатальная диагностика данной патологии — не основание для прерывания беременности. Для полноценной диагностики необходим ультразвуковой контроль развития плода в динамике.

Секвестрация лёгкого

Под секвестрацией лёгкого подразумевают наличие участка нефункционирующей лёгочной ткани, не имеющей связи с трахеобронхиальным деревом и получающей кровоснабжение из аномальных сосудов.

Классификация.

Секвестрация может быть интралобарной (аномальная ткань находится внутри нормального лёгкого) и экстралобарной (секвестрированный участок отделён от лёгкого и расположен вне висцеральной плевры). Экстралобарную секвестрацию нередко выявляют случайно во время операции по поводу врождённой диафрагмальной грыжи.

Клиническая картина.

Клиническое течение обоих видов секвестрации может быть бессимптомным.

Диагностика.

Диагноз ставят при обнаружении во время рентгенографии образования (обычно в нижних отделах лёгкого), не меняющегося в динамике. Большое значение имеет ангиографическое исследование, позволяющее выявить аномальные сосуды и уточнить диагноз.

Лечение.

Лечат интралобарную секвестрацию, как правило, хирургическим путём.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 15 из 32	

Острая бактериальная деструкция легких.

Бактериальная деструкция легких (гнойно-деструктивная пневмония) — воспаление легочной ткани, приобретающее гнойно-некротический характер и приводящее к грубым морфологическим изменениям паренхимы легких.

Классификация бактериальных деструкций легких:

I. Острая бактериальная деструкция

- По этиологическому фактору — стафилококковая, грамотрицательная флора, смешанная
- По генезу — первичная (аэробронхогенная), вторичная (гематогенная).
- По клинико-рентгенологическим формам
- Внутрилегочная деструкция без плевральных осложнений: а) абсцессы, б) буллы.

Деструкция с плевральными осложнениями:

а) пиоторакс (тотальный, отграниченный, плащевидный экссудативный, (плащевидный фибринозный),

б) пиопневмоторакс (напряженный, без напряжения, отграниченный),

в) пневмоторакс (напряженный, без напряжения, отграниченный).

По течению— острое, затяжное, септическое, без признаков сепсиса.

II. Хронические формы (исходы острой деструкции)

- Хронический абсцесс, хроническая эмпиема плевры, приобретенные кисты легких.

4. Иллюстративный материал: Презентация в 18 слайдов

5. Литература: основная и дополнительная

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: окулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.
2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 16 из 32	

4. Электронды каталог

- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>

5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>

6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы
<http://www.studmedlib.ru>

7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>

8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>

9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>

10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №6

1. Тема: Врожденные свищи пупка. Дивертикул Меккеля. Паховая грыжа. Крипторхизм. Варикоцеле. Гидроцеле..

Цель: Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения врожденного свища пупка, дивертикуля Меккеля, паховой грыжи, крипторхизма, варикоцеле, гидроцеле.

2. Тезисы лекции:

Полный свищ пупка.

Наиболее частое проявление незаращения желточного протока — полный кишечный свищ пупка.

После отпадения остатка пуповины (как правило, позднего) из пупочной ранки происходит выделение кишечного содержимого. Хотя сам по себе кишечный свищ пупка не считают тяжёлым пороком развития, осложнения его могут быть чрезвычайно опасными для жизни новорождённого. Так, заворот кишки вокруг протока может привести к тяжёлому нарушению кровообращения, а эвагинация кишки через проток — к ущемлению и некрозу кишки. Возможность развития указанных грозных осложнений определяет тактику врача — сразу после установления диагноза ребёнка следует перевести в хирургический стационар для оперативного лечения.

Незаращенный урахус.

Незаращённый урахус также представляет собой свищ (мочевой) пупка, однако осложнения, характерные для незаращения желточного протока, данному заболеванию несвойственны. Это связано с анатомическими особенностями урахуса, проходящего в брюшной стенке, а не в свободной брюшной полости. При широком незаращённом урахусе, не имеющем тенденции к спонтанному закрытию несмотря на отведение мочи с помощью постоянного катетера), хирургическое вмешательство необходимо для предупреждения инфицирования мочевых путей. Ребёнка с незаращённым урахусом следует перевести в хирургический стационар.

Дивертикул Меккеля у детей

Дивертикул Меккеля – непостоянно встречающийся дивертикул подвздошной кишки, являющийся остатком не полностью редуцированного желточного стебля.

Классификация

- Неосложненный (бессимптомный) дивертикул Меккеля – выявляется случайно при диагностике и лечении других заболеваний
- Осложненный (симптоматический) дивертикул Меккеля – выявляется при следующих его осложнениях:

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»		044 -38/11 Стр. 17 из 32

- Кровотечение
- Кишечная непроходимость: инвагинация, заворот тонкой кишки, грыжа Литтре, ущемление петли тонкой кишки брыжеечно-дивертикулярной спайкой, заворот слепой кишки вокруг спайки между дивертикулом Меккеля и пупком.
- Дивертикулит
- Перфорация
- Опухоли

Этиология и патогенез.

Дивертикул Меккеля является остатком не полностью редуцированного желточного протока, который соединяет полость средней кишки зародыша с полостью желточного мешка. Желточный мешок образуется на первых неделях эмбрионального развития и выполняет трофическую и кроветворную функции. По мере развития зародыш отделяется от желточного мешка туловищной складкой, которая охватывает зародыш и постепенно отшнуровывает его от желточного мешка. При образовании туловищной складки зародышевая энтодерма сворачивается в кишечную трубку, которая остается связанной с желточным мешком энтодермальным каналом. На 6-8-й неделе беременности омфаломезентериальный проток запусеивается, а к 3-му месяцу происходит полная атрофия остатков желточного стебля. Неполная облитерация и редукция желточного протока реализуется в дивертикул подвздошной кишки.

Дивертикул Меккеля– истинный дивертикул, образованный за счет слоев стенки подвздошной кишки. Кровоснабжение дивертикула осуществляется за счет парных желточных сосудов, из которых левая артерия подвергается обратному развитию, а правая сохраняется как верхняя брыжеечная артерия.

Остаток первичной правой желточной артерии происходит непосредственно из брыжеечной артерии и кровоснабжает дивертикул. Кровоснабжение его уникально в том отношении, что сосуды к дивертикулу проходят под серозной оболочкой подвздошной кишки, заканчиваясь на противобрыжеечном крае у верхушки дивертикула. Однако сосуды, участвующие в кровоснабжении дивертикула, могут продолжаться на брюшную стенку или они могут существовать в виде фиброзного тяжа, соединяя подвздошную кишку с областью пупка. Верхушка дивертикула может оставаться фиксированной к основанию брыжейки подвздошной кишки фиброзными спайками желточных сосудов, создавая брыжеечно-дивертикулярную связку, через которую петли тонкой кишки могут проходить и ущемляться.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 25 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 18 из 32	

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.
2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>
4. Электронды каталог
 - ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
 - сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>
5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>
6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>
7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>
8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>
9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>
10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №7

1. Тема: Врожденные пороки развития и заболевания мочевыделительной системы.

2. Цель:

Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики лечения при врожденных пороках развития и заболеваниях мочевыделительной системы у детей.

3. Тезисы лекции:

Аномалии количества почек

Аномалии количества включают агенезию и третью, добавочную, почку.

Агенезия. Отсутствие закладки органа встречается с частотой 1 на 1000 новорожденных.

Двусторонняя почечная агенезия отмечается в 4 раза реже односторонней и преимущественно у плодов мужского пола (в соотношении 3:1). Дети с агенезией обеих почек (аренией) нежизнеспособны и обычно рождаются мертвыми. Однако описаны казуистические наблюдения довольно длительного выживания. Это можно объяснить замечательной особенностью детского организма, когда другие органы выполняют функцию пораженного или полностью вышедшего из строя органа.

Агенезия почек обычно сочетается с отсутствием мочевого пузыря, дисплазией половых органов, нередко с легочной гипоплазией, менингоцеле и другими врожденными пороками.

Подозрение на солитарную почку возникает при пальпации увеличенной безболезненной почки, однако диагноз можно поставить на основании углубленного рентгеноурологического исследования (экскреторной урографии, хромоцистоскопии, почечной ангиографии).

При урографии появление контраста на стороне агенезии отсутствует. Хромоцистоскопия выявляет отсутствие соответствующего устья мочеточника и гемиатрофию лиеодиева треугольника. Ангиография указывает на отсутствие почечной артерии.

Добавочная почка. Это чрезвычайно редкая аномалия. К настоящему времени описано всего около 90 ее наблюдений. Образование добавочной почки связывают с отпочкованием участка метанефрогенной бластемы, причем она чаще формируется вблизи основной, располагаясь выше или ниже ее. Добавочная (третья) почка значительно меньше обычной, но имеет нормальное анатомическое строение. Кровоснабжение ее отдельное за счет артерий, отходящих от аорты. Мочеточник обычно впадает в мочевой пузырь самостоятельным устьем, но может быть эктопирован или сообщается с мочеточником основной почки. Описаны случаи слепого окончания мочеточника.

Добавочную почку следует отличать от верхнего сегмента удвоенной почки. Различие заключается в том, что при удвоении собирательная система нижнего сегмента почки представлена двумя большими чашечками, а верхнего — одной. Сегменты удвоенной почки находятся в интимной близости и образуют неразрывный контур паренхимы. В случае же добавочной почки ее паренхима отдалена от основной почки, а коллекторная система содержит три чашки, как и основная, только в миниатюре.

Клиническое значение добавочная почка приобретает лишь при эктопии устья мочеточника (постоянное недержание мочи) или ее поражении вследствие воспалительного, опухолевого или другого патологического процесса.

Диагноз.

Можно поставить диагноз на основании данных экскреторной урографии, ретроградной пиелографии, аортографии.

Лечение.

При заболевании добавочной почки лечение обычно заключается в нефрэктомии ввиду ее малой функциональной ценности.

Аномалии положения почек

Аномалии положения включают различные виды дистопии почки.

Дистопия (эктопия) почек. Под этими названиями понимают необычное расположение почек в связи с нарушением в эмбриогенезе процесса их восхождения. Частота аномалии в среднем 1:800. Отмечено, что дистопия почки чаще наблюдается у лиц мужского пола.

Поскольку процессы восхождения и ротации взаимосвязаны, дистопированная почка повернута кнаружи, причем чем ниже дистопия, тем вентральнее расположена почечная лоханка. Дистопированная почка нередко имеет рассыпной тип кровоснабжения, сосуды ее короткие и ограничивают смещаемость почки. Функциональное состояние дистопированной почки обычно снижено. Почка, как правило, имеет дольчатое строение. Форма ее может быть самой разнообразной: овальной, грушевидной, уплощенной и неправильной.

Различают высокую дистопию, низкую и перекрестную.

К высокой дистопии относится внутригрудная почка. Это очень редкая аномалия. К настоящему времени в мировой литературе количество ее описаний не превышает 80.

При торакальной дистопии почка обычно входит в состав диафрагмальной грыжи. Мочеточник внутригрудной почки удлиннен, впадает в мочевой пузырь, артерия отходит от грудной аорты. Разновидностями низкой дистопии являются поясничная, подвздошная и тазовая.

При поясничной дистопии несколько повернутая кпереди лоханка находится на уровне IV поясничного позвонка. Почечная артерия обычно отходит выше бифуркации аорты. Почка смещается ограниченно.

Подвздошная дистопия. Эта форма характеризуется более выраженной ротацией лоханки кпереди и расположением ее на уровне между Lv—Si. По сравнению с пояснично-дистопированной почкой отмечается ее смещение медиально. Почечные артерии, как правило, множественные, отходят от общей подвздошной артерии или аорты в месте бифуркации. Подвижности почки при изменении положения тела практически нет.

Тазовая почка. Располагается по средней линии под бифуркацией аорты, позади и несколько выше мочевого пузыря. Может иметь самую причудливую форму. Как правило, гипоплазирована в той или иной степени. Сосуды почки обычно рассыпного типа, являются ветвями общей подвздошной или различных тазовых артерий.

Возможно сочетание тазовой дистопии с поясничной или подвздошной дистопией контралатеральной почки.

Перекрестная дистопия характеризуется смещением почки контралатерально. При этом, как правило, обе почки срастаются, образуя S- или L-образную почку. Мочеточник, дренирующий дистопированную почку, впадает в мочевой пузырь на обычном месте. Сосуды, питающие почку, отходят ниже обычного с контралатеральной стороны.

Клиническая картина.

При дистопии почки клиническая картина обусловлена аномальным расположением органа. Ведущим симптомом является боль, возникающая при перемене положения тела, физическом напряжении, метеоризме. При перекрестной дистопии боль обычно локализуется в подвздошной области и иррадирует в паховую противоположной стороны. По скольку дистопированная почка значительно чаще поражается патологическим процессом (гидронефротическая трансформация, калькулез, пиелонефрит), чем обычно расположенная, нередко присоединяются симптомы указанных заболеваний. Торакальная дистопия клиническими проявлениями и данными обзорной рентгенографии может симулировать опухоль средостения.

При поясничной и подвздошной дистопии почка пальпируется в виде болезненного малоподвижного образования.

Диагноз.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 40 слайдов

5. Литература: основная и дополнительная

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 21 из 32	

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).

3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>

4. Электронды каталог

- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>

- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>

5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>

6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>

7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>

8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>

9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>

10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №8

1. Тема: Желудочно-кишечные кровотечения у детей.

2. Цель. Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики и лечения при желудочно-кишечных кровотечениях у детей и при портальной гипертензии.

3. Тезисы лекции

Желудочно-кишечные кровотечения у детей.

Основной особенностью желудочно-кишечных кровотечений у детей является этиология синдрома кровотечений ЖКТ в детском возрасте.

В отличие от взрослых пациентов, у которых основной причиной такого рода кровотечений являются язвенные процессы, у пациентов детского возраста данный синдром как правило обусловлен патологией в развитии органов и систем детского организма.

К основным причинам ЖКТ-кровотечений у детей относятся:

- Геморрагическая болезнь новорожденного
- Эзофагит и рефлюкс-эзофагит у новорожденных и грудных детей
- Гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- Удвоение желудка
- Незавершенный поворот кишечника с непроходимостью.
- Язвенно-некротический энтероколит новорожденных.
- Удвоение тонкой кишки.
- Синдром Маллори-Вейсса

- Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- Полипы кишечника, в частности ювенильные (гамартомные) полипы
- Дивертикул Меккеля
- Болезнь Дьелафуа

У детей старше 3 лет наиболее вероятной причиной желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ служат варикозные вены пищевода. У 85% детей кровотечение из вен пищевода возникает в возрасте 5-10 лет, служит одним из частых клинических проявлений синдрома портальной гипертензии.

Осложнения и последствия ЖКТ кровотечений

- Желудочно-кишечное кровотечение может стать причиной тяжелых осложнений таких как:
- геморрагический шок (тяжелое состояние, связанное с массивной кровопотерей);
- анемия
- острая почечная недостаточность (тяжелое нарушение функции почек);
- полиорганная недостаточность (тяжелая неспецифическая стресс-реакция организма, развивающаяся как конечная стадия большинства острых заболеваний и травм).

При несвоевременном обращении за медицинской помощью кровотечения ЖКТ могут стать причиной не только тяжелых осложнений, но и смерти больного.

Лечение

После подтверждения факта желудочно-кишечного кровотечения и установления его источника, начинается лечение, которое может носить как консервативный характер, так и требовать оперативного хирургического вмешательства. Наибольшая часть кровотечений устраняется эндоскопически. Оперативное лечение, как правило, носит плановый характер, после прохождения курса консервативной терапии, однако при жизнеугрожающих состояниях могут возникнуть показания для экстренного хирургического вмешательства. В целом тактика ведения больного с кровотечениями ЖКТ зависит от основного заболевания, осложнением которого явилось кровотечение.

Общие принципы лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями определяются степенью тяжести его состояния.

- При низкой степени тяжести: больному рекомендуют принимать только измельченную пищу, не травмирующую слизистую; назначаются уколы викасола; выписываются кальций содержащие препараты и витамины.
- При состоянии средней тяжести: проводится лечебная эндоскопия, при которой химически или механически воздействуют на кровоточащий участок; в некоторых случаях проводят переливание крови.
- При высокой тяжести состояния: проводятся срочные реанимационные мероприятия и хирургическое вмешательство; рекомендуется реабилитация в стационаре.

Профилактика кровотечений ЖКТ

Учитывая, что кровотечения ЖКТ являются синдромом на фоне различного рода заболеваний, основой профилактики желудочно-кишечных кровотечений являются регулярные осмотры врачами-специалистами, а также своевременное и адекватное лечение уже выявленной патологии. Лицам пожилого возраста можно рекомендовать ежегодно сдавать анализ на скрытую кровь.

Диета при ЖКТ кровотечениях

Диета при ЖКТ кровотечениях должна определяться основным заболеванием. К примеру, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта может назначаться диета № 1 (при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии затихания обострения при

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 23 из 32	

рубцевании язвы, а также в период ремиссии), диета № 1а (при обострении язвенной болезни в течение первых 8-10 дней лечения при кровотечении), диета № 1б (после диеты № 1 а), диеты № 2, 3, 4, 5, 5п. Своя специфика диетического питания будет наблюдаться и при прочих заболеваниях осложнением которых являются кровотечения ЖКТ. Поэтому подбор конкретной диеты должен производиться лечащим врачом с учётом основного и сопутствующих заболеваний пациента.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 18 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.
2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>
4. Электронды каталог
- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>
5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>
6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>
7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>
8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>
9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>
10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №9

1. Тема: Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Остеомиелит

2. Цель. Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей у детей и при остром гематогенном остеомиелите и артрите.

3. Тезисы лекции:

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ И АРТРИТ

Острое воспалительное заболевание, поражающее костную ткань и (или) синовиальные оболочки сустава.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ- Не изучена, чаще болеют недоношенные новорождённые.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Воспалительный процесс может быть первичным, развившимся на фоне видимого благополучия, и вторичным — на фоне текущего инфекционного процесса паточного, лёгочного, кишечного сепсиса), несмотря на проводимую антибактериальную терапию или вскоре после её отмены. Выделяют местную, токсическую : септикопиемическую формы.

ЭТИОЛОГИЯ

При первичном процессе в 90% случаев выявляют золотистый стафилококк, при вторичном — кокковую или грамотрицательную флору. Причинами бактериемии могут быть пустулёзная инфекция, омфалит, а также различные медицинские вмешательства (введение катетеров в пуповину, интубация трахеи).

Патогенез.

- Распространение инфекционного агента происходит гематогенным путём. Одного присутствия бактерий в кости недостаточно для развития остеомиелита. Необходимые факторы:

- сосудистый стаз в венозных лакунах;
- наличие кровяных сгустков или некроз тканей в синусоидах костного мозга;
- истощение пассивного иммунитета, переданного от матери;
- недостаточный синтез собственных АТ и недостаточный титр иммуноглобулинов.

Большое значение в развитии острого гематогенного остеомиелита имеют особенности кровоснабжения метафизарных и эпифизарных областей длинных трубчатых костей и их росткового хряща. У новорождённых внутрикостная диафизарная артерия вблизи эпифизов распадается на густую сосудистую сеть. При этом особенно густые сети располагаются около ростковой хрящевой пластинки, где образуют большие венозные лакуны (ток крови в лакунах резко замедлен). Это создаёт благоприятные условия для размножения патогенных микроорганизмов.

Эпифизы длинных трубчатых костей у новорождённых располагаются в пределах суставной сумки. Вокруг каждого сустава имеется сосудистое кольцо, от которого отходят анастомозирующие между собой метафизарные, эпифизарные и синовиальные ветви. Таким образом, эпифиз кости новорождённого кровоснабжается из метафизарных сосудов и ветвей сосудистого кольца, перфорирующих кость перпендикулярно и заканчивающихся под суставным хрящом.

Только к концу первого года жизни схема кровоснабжения изменяется, а ростковая пластинка становится барьером для инфекции. Как и любой воспалительный процесс, остеомиелит новорождённых проходит несколько стадий. Избыточное размножение патогенных микроорганизмов в одном из очагов и транслокация их в сосуды сустава или метаэпифизарной зоны может вызвать патологическую контаминацию и колонизацию очага поражения. Под

воздействием протеолитических ферментов, вырабатываемых патогенными микроорганизмами, происходит поражение хрящевой ткани ростковой зоны и синовиальной оболочки сустава. В очаге воспаления преобладают процессы альтерации, и происходит выброс биологически активных веществ — медиаторов воспаления, затем нарушаются реологические свойства крови и увеличивается объём поражённой ткани. За счёт увеличения диаметра лимфатических сосудов и капилляров развивается отёк мягких тканей. Если на этом этапе диагноз не определён, то фаза экссудации вступает в наиболее тяжёлую стадию — гнойной экссудации. Процесс распространяется за зону мета-эпифиза и осложняется развитием гнойного артрита или флегмоны мягких тканей. Может наступить генерализация воспалительного процесса с развитием сепсиса.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Очаг поражения кости у новорождённых локализуется в метаэпифизарной зоне. Клиническая картина зависит от формы заболевания и фазы течения воспалительного процесса.

При местном процессе общее состояние ребёнка может не страдать. Локальные симптомы поражения:

- псевдопарез поражённой конечности;
- ограничение и болезненность при активных и пассивных движениях; • сглаженность контуров поражённого сустава.

Затем появляется отёк мягких тканей сустава, возникает гиперемия, локальная гипертермия, болезненность при пальпации поражённого метафиза.

Токсическая форма характеризуется значительным ухудшением общего состояния, присоединяются симптомы инфекционного токсикоза.

Септикопиемия сопровождается появлением в очаге воспаления признаков флюктуации, развиваются осложнения (флегмоны мягких тканей), при патологическом переломе может определяться крепитация. Гнойный артрит приводит к значительному увеличению объёма поражённого сустава, гиперемии кожи над ним, флюктуации. Тяжёлые формы остеомиелита проявляются клинической картиной септического шока.

ДИАГНОСТИКА

Физикальное обследование

- Характерная клиническая картина на стороне поражённой конечности. Инструментальные исследования
- Методы: рентгенологическое исследование, УЗИ и радиоизотопная скintiграфия.
- Рентгенологические признаки остеомиелита у новорождённых появляются на 7-10 сутки заболевания. При местной форме первыми рентгенологическими признаками могут быть утолщение мягких тканей и надкостницы, краевая или очаговая деструкция костной ткани. При тяжёлых формах определяют расширение суставной щели, патологический вывих сустава, зону деструкции, занимающую более половины ширины метафиза, линию патологического перелома.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения

Купирование воспалительного процесса. Показания к госпитализации

Лечение всегда проводят в отделении хирургии новорождённых.

Немедикаментозное лечение

Важна иммобилизация, которую проводят с помощью вытяжения лейкопластырем (на нижней конечности), повязки Дезо или сетчатого бинта (на верхней конечности).

Медикаментозное лечение

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 26 из 32	

Применяют антибиотики широкого спектра действия, антикоагулянты, дезин-токсикационную, иммунокорригирующую терапию.

Хирургическое лечение

Хирургические манипуляции в области ростковой зоны и гипсовые лонгеты у новорождённых не применяют. При осложнённой форме заболевания и клинической картине гнойного артрита лечение проводят с помощью пункций, удаления выпота из сустава с последующим введением антибактериальных препаратов. Для санации крупных суставов в настоящее время применяют артроскопию. При обнаружении флегмоны мягких тканей производят её вскрытие.

Дальнейшее ведение

Если процесс локализуется в проксимальном эпифизе бедренной кости, после стихания острого воспалительного процесса с целью профилактики патологического вывиха бедра и предотвращения варусной деформации бедренной кости применяют шины-распорки.

ПРОГНОЗ

При своевременной диагностике и адекватном лечении прогноз благоприятный. В процессе выздоровления очаг деструкции замещается соединительной тканью с последующим отложением солей кальция (склероз кости), происходит восстановление оси конечности и нормализация её функции. При осложнённом течении происходит заживление с дефектом, за счёт разрушения и рассасывания части метафиза вместе с зоной роста, в некоторых случаях разрушение эпифиза. В последующем возможно выраженное нарушение роста конечности, деформация суставов.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 46 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018
4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 27 из 32	

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).
3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>
4. Электронды каталог
 - ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>
 - сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>
5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>
6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>
7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>
8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>
9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>
10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Лекция №10

1. **Тема:** Травмы у детей и пороки развития опорно-двигательной системы.
2. **Цель:** Усвоение алгоритмов диагностики, клинического течения, дифференциальной диагностики лечения при черепно-мозговых травмах у детей.

3. Тезисы лекции:

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА

В грудном возрасте наиболее часто причиной травмы черепа и головного мозга является падение с небольшой высоты — с кровати, дивана, стола, из коляски и т. д., нередко случаи падения детей с рук взрослых.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста характерной причиной травмы является падение с высоты (из окна, с балкона, дерева.), иногда значительной (3— 5-й этаж), у детей среднего и старшего школьного возраста преобладают повреждения, полученные во время подвижных игр, а также при автодорожных происшествиях.

Тяжесть общего состояния и клинического течения черепно мозговой травмы у детей зависит не только от механизма и силы воздействия, локализации и характера повреждения головного мозга и костей черепа, сопутствующих повреждений и преморбидного статуса, но и от возрастных анатомо-физиологических особенностей: временной диспропорции развития мозга и черепа, выраженности резервных пространств полости черепа; наличия родничков и слабого соединения костей свода черепа швами у детей грудного возраста; эластичности костей и кровеносных сосудов; относительной морфологической и функциональной незрелости головного мозга; наличия объемного субарахноидального пространства, плотного соединения твердой мозговой оболочки с костью; обилия сосудистых анастомозов; высокой гидрофильности мозговой ткани. Неврологические симптомы нередко сохраняются всего лишь несколько часов с преобладанием общемозговых явлений над очаговыми симптомами, причем чем моложе ребенок, тем слабее выражена локальная неврологическая симптоматика.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Закрытая травма черепа и головного мозга.
 - А. Без повреждения костей черепа.
 1. Сотрясение головного мозга.
 2. Ушиб головного мозга:
 - а) легкий; б) средней тяжести; в) тяжелый.

Сдавление головного мозга (причины и формы):

- а) гематома — острая, подострая, хроническая: эпидуральная, субдуральная, внутримозговая, внутрижелудочковая, множественная;
- б) субдуральная гидрома — острая, подострая, хроническая;
- в) субарахноидальное кровоизлияние;
- г) отек мозга;
- д) пневмоцефалия.

4. Сочетанная травма с внечерепными повреждениями.

С повреждением костей черепа.

1. Ушиб головного мозга:

- а) легкий, б) средней тяжести, в) тяжелый.

2. Сдавление головного мозга (причины и формы):

5. Открытая травма черепа и головного мозга.

- 1. Непроницающая, без повреждения твердой мозговой оболочки.
- 2. Проницающая, с повреждением твердой мозговой оболочки.
- 3. Огнестрельные ранения.

Закрытая черепно-мозговая травма

К закрытым травмам относятся те черепно-мозговые повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности мягких покровов головы; если же они имеются, их расположение не совпадает с проекцией перелома.

Сотрясение головного мозга

Является легкой и часто встречающейся формой закрытой острой черепно-мозговой травмы с нарушением функции и наличием молекулярных сдвигов мозговой ткани, иногда с мельчайшими кровоизлияниями в стволовом отделе мозга, и составляет от 73,5 до 80% всех черепно-мозговых повреждений у детей.

Клиническая картина.

Характеризуется клиническая картина нарушением сознания в момент травмы от оглушения до сопора продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут.

Расстройство сознания сопровождается бледностью кожных покровов, холодным потом, рвотой. Рвота нередко появляется вскоре после травмы, у детей до 3-летнего возраста бывает многократной.

По восстановлении сознания типичны жалобы на головную боль, головокружение, слабость, сонливость, чувство звона в ушах и шума, боль в глазных яблоках, усиливающуюся при ярком свете и движении глаз, тошноту, отсутствие аппетита.

При опросе детей выявляется ретроградная амнезия только на события, предшествовавшие травме, очень редко антероградная амнезия на узкий период событий после травмы.

4.Иллюстративный материал: Презентация в 31 слайдов

5. Литература:

На русском языке:

основная:

- 1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. - Электрон. текстовые дан. (57,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс] : руководство для врачей / под ред. А. В. Гераськина. - Электрон. текстовые дан. (522Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 3. Детская хирургия / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с.
- 4. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	044 -38/11 Стр. 29 из 32	

5. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. - 632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар-медиа, 2010.

Дополнительная:

1. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

2. Случай из практики разрыва эхинококковой кисты печени с гангренозным аппендицитом перитонитом у ребенка 10 лет [Текст] / Ш. М. Сейдинов, И. Ж. Турметов [и др.] // Вестник ЮКМА. - 2020. - № 2-3 (90). - С. 98-100.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия. (Руководство).2018

4. Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001

5. Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002

Электронный ресурс:

1. Балалар хирургиясы [Электронный ресурс]: оқулық / ред. басқ. А. А. Дюсембаев. - Электрон. текстовые дан. (138Мб). - М.: "Литтерра", 2016. - 592 б. с.

2. Консультант врача. Детская хирургия. Версия 1. 1 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон. текстовые дан. (553 Мб). - М: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - эл. опт. диск (CD- ROM).

3. Электронды кітапхана <http://lib.ukma.kz>

4. Электронды каталог

- ішкі пайдаланушылар үшін <http://10.10.202.52>

- сыртқы пайдаланушылар үшін <http://89.218.155.74>

5. Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана <http://rmebrk.kz/>

6. «Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы <http://www.studmedlib.ru>

7. «Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі <https://online.zakon.kz/Medicine>

8. Ғылыми электрондық кітапхана <https://elibrary.ru/>

9. «Web of science» (Thomson Reuters) <http://apps.webofknowledge.com>

10. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Кафедра «Педиатрия-1»

044 -38/11

Стр. 30 из 32





Кафедра «Педиатрия-1»

044 -38/11
Стр. 32 из 32