

<p>ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 1 из 19

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Детская хирургия

Код дисциплины: DH 4312

Шифр наименование ОП: 6B10115 «Медицина»

Объем учебных часов/кредитов: 150 часов/5кредита

Курс и семестр изучения: 4 курс VII сесестр

Лекция: 15 часов

Шымкент, 2025

ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 2 из 19

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «название» и обсужден на заседании кафедры

Заведующий кафедрой: _____ PhD, acc.проф К.С.Кемельбеков

Протокол: № 2 от « 25 » 09 2025 г.

ОНДҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 3 из 19

Лекция №1

1. Тема: «История детской хирургии РК. Особенности острого аппендицита у детей. Перитонит».
2. Цель: Ознакомить студентов в становлении и развития детской хирургии в РК. Особенности острого аппендицита у детей и их осложнений.
3. Тезисы лекции:

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

В 1957 году в составе АГМИ на клинической базе в 50 коек организуется кафедра детской хирургии. Первым заведующим назначается к.м.н. доцент Евдокия Давыдовна Черкасова.

В 1968 году заведующим кафедрой детской хирургии назначается молодой кандидат медицинских наук, доцент К.С.Ормантаев.

К.С.Ормантаев первым осознал необходимость параллельного с практической деятельностью к развитию на кафедре научно-исследовательской работы.

К.С.Ормантаев в 1967 году поступает в докторантуру НИИ педиатрии АМН СССР и под руководством А.Г.Пугачёва в 1971 году, блестяще защищает докторскую диссертацию на тему: «Хирургическое лечение двухсторонних гнойных заболеваний у детей». В 1972 году, ему присуждается учёная степень профессора в возрасте 36 лет.

Он является основоположником школы детских хирургов Казахстана, под его руководством выполнено 60 кандидатских и 8 докторских диссертаций.

Многие его ученики стали крупными учеными, имеют свои научные направления и школы, занимают видные должности и активно принимают участие в организации педиатрического направления в здравоохранении республики.

Доктора мед. наук по детской хирургии и их работы:

1. Аканзарипов Заманбек - “Осложнения и их последствия при резекции кишечника у детей”, Москва (1989 г.).
2. Жумабеков Тулеген Алтай Улы – “Интенсивная терапия детей с тяжелой черепно-мозговой травмой у детей” Москва., (1990 г.).
3. Мырзабеков Төребек Мырзабек Ұлы. “Результаты хирургического лечения двухстороннего хронического заболевания легких у детей”. 1990г.
4. Кожаканов Касен Кожакан Слы “Определение тяжести и лечение химического ожога пищевода у детей”, М., (1991 г.).
5. Карабеков Агабек Карабекович - “Новые способы диагностики и лечения детей с воронкообразной деформации грудной клетки”, Алматы (1996 г.).
6. Майлыбаев Бахитжан Мурат Слы - “Дисфункция мочевого пузыря у детей и лечение их с использованием гелий – неонового лазера”, Алматы (1996 г.); СНС. Зав.отд. Каз НЦ пед. И д/х.
7. Ешмухамбетулы Султанбек- “Клинико-патогенетическое обоснование оперативной коррекции пороков развития мочеточниково-пузырного соустья у детей”, Алматы (1998 г.);

Воспаление червеобразного отростка (аппендицит)- наиболее распространенное хирургическое заболевания в детском возрасте. В отличие от взрослых острый аппендицит у детей клинически протекает более тяжело, а диагностика значительно

ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA —1979— SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 4 из 19

сложнее. Эти закономерности, наиболее выражены у детей первых лет жизни, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Острый аппендицитом может заболеть ребенок любого возраста, даже грудной и новорожденный ребенок. Тем не менее, впервые 2 года жизни это заболевание встречается довольно редко. В последующие годы частота заболевания постепенно нарастает, достигая, пика в возрасте 9 – 12 лет.

Общий уровень заболевания острым аппендицитом составляет 0,5 – 0,8 на 1000 детей. Перитонит, как осложнения аппендицита, наблюдается часто, наблюдаются летальные исходы.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература:

Основная:

- 1) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 2) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008

Дополнительно:

- 1) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- 2) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

- 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).

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Основоположник детской хирургии в РК?
- 2) Назовите ученых и их работы внесших огромный вклад в развитие детской хирургии РК?
- 3) Частое заболевание сопровождающаяся с клиникой острого живота.
- 4) Особенности клинического течения острого аппендицита у детей до 3-х лет
- 5) Дифференциальная диагностика
- 6) Методы лечения
- 7) Осложнения

Лекция №2

1. **Тема:** «Атрезия пищевода. Диафрагмальная грыжа. Гастрошизис. Омфалоцеле».
2. **Цель:** Ознакомить студентов с врожденными заболеваниями пищевода, диафрагмы и брюшной стенки, дифф.диагностике и современными методами диагностики и лечения.
3. **Тезисы лекции:** Атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, гастрошизис и омфалоцеле – это тяжелые врожденные пороки развития (ВПР), которые затрагивают пищеварительный тракт или брюшную стенку, часто сочетаются между собой и требуют экстренной хирургической помощи новорожденным. Атрезия пищевода – неполное формирование пищевода, диафрагмальная грыжа – смещение органов брюшной полости в грудную через дефект диафрагмы, гастрошизис – выпадение кишечника через дефект брюшной стенки (без мешка), а омфалоцеле (эмбриональная грыжа) – выпадение органов в мешке из пупка.

<p>ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Онтустік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>  <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>	<p>Кафедра «Педиатрия-1»</p> <p>Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»</p>	<p>38/11</p> <p>Стр. 5 из 19</p>
---	--	----------------------------------

Атрезия пищевода. Пищевод не имеет сквозного просвета, а его верхний и нижний концы не соединяются, часто с трахеопищеводным свищом. Младенец не может глотать, пища скапливается в верхнем отделе, может попадать в легкие. Лечение: Неотложная операция для соединения пищевода.

Диафрагмальная грыжа. Часть органов брюшной полости (желудок, кишечник) смещается в грудную клетку через отверстие в диафрагме (пищеводное отверстие). Сдавливание легких и сердца, нарушение дыхания и пищеварения. Лечение: Хирургическая коррекция дефекта диафрагмы.

Гастрошизис - Дефект передней брюшной стенки в области пупка (но не затрагивает пупочное кольцо), через который выходят петли кишечника. Кишечник находится снаружи, не покрыт оболочкой, что ведет к его воспалению, утолщению. Лечение: Хирургическое закрытие дефекта, помещение кишечника обратно.

Омфалоцеле. Врожденная грыжа пупочного канатика, при которой внутренние органы (кишечник, печень) выходят через дефект брюшной стенки и находятся в мешке из амниона и брюшины. Выпячивание, которое может быть большим; часто сочетается с другими ВПР и генетическими нарушениями. Операция по вправлению органов и пластике брюшной стенки.

Общие черты: Все эти состояния диагностируются внутриутробно с помощью УЗИ. Требуют родов в специализированных перинатальных центрах. Без своевременной помощи многие из них несовместимы с жизнью

3. Иллюстративный материал: слайды

4. Литература:

Основная:

- 1) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008
- 5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
- 2) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002 Электронные ресурсы.
- 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).

5. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Атрезия пищевода: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Диафрагмальная грыжа: классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 3) Гастрошизис, омфалоцеле. Клиника диагностика, лечение.

Лекция №3

ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 6 из 19

1. **Тема:** «Врожденная кишечная непроходимость».
2. **Цель:** Ознакомить студентов о способах ранней диагностике врожденной кишечной непроходимости и оперативным способом лечения.
3. **Тезисы лекции:** Кишечная непроходимость – это одна из наиболее тяжелых форм острых заболеваний брюшной полости, требующих неотложной диагностики. Различают врожденную и приобретенную непроходимость. По данным Н.Е. Сурина, С.Д. Терновского, Х.И. Фельдман и др. врожденная непроходимость составляет 10-11%, а приобретенная - 89- 90%. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) — это тяжелое состояние у новорожденных, вызванное пороками развития ЖКТ (атрезии, стенозы, аномальное вращение, сдавление), которое препятствует прохождению содержимого, проявляясь рвотой (часто зеленой), вздутием живота и отсутствием стула. Это неотложное состояние, требующее немедленной хирургической коррекции, так как грозит обезвоживанием и полиорганной недостаточностью, а ее диагностика проводится по УЗИ еще во внутриутробном периоде и рентгенографии после рождения.

Атрезии и стенозы:

-Сужение или полное отсутствие просвета кишки (например, тонкой или двенадцатиперстной).

-Странгуляционная: Сдавление петли кишки (сосудами, тяжами, кольцевидной поджелудочной железой).

-Нарушения вращения: Кишечник не занял правильное положение, что может привести к завороту.

-Мекониевая непроходимость: Густой меконий закупоривает кишку, часто связана с муковисцидозом.

Симптомы: Многократная рвота, часто с примесью желчи (зеленого цвета). Вздутие живота: Из-за скопления газов и содержимого выше места препятствия. Отсутствие стула: и отхождения газов. Быстрое ухудшение состояния, обезвоживание.

Диагностика: Ультразвуковое исследование (УЗИ): Часто выявляет пороки уже во время беременности. Рентгенография: Обзорная брюшной полости, ирригоскопия.

Лечение

Экстренное хирургическое вмешательство: Цель — восстановить проходимость кишечника, устранить пороки.

Предоперационная подготовка: Коррекция обезвоживания и электролитных нарушений в течение 6-24 часов.

Важно: Это состояние жизнеугрожающее. Чем раньше проведена диагностика и операция, тем выше шансы на благоприятный исход

4. **Иллюстративный материал:** слайд, рентген снимки

5. Литература:

Основная:

- 1) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.

ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 7 из 19

4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008

5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ.

Изд. Агентство «Лик», 2001

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

4) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А.

Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

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).

6) Контрольные вопросы (обратная связь):

1) Клинико-диагностический критерий врожденной кишечной непроходимости

2) Врожденная высокая непроходимость

3) Врожденная низкая непроходимость

4) Непроходимость кишечника на разных уровнях пищеварительной трубы. Диагноз.

Лекция №4

1.Тема: «Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника».

2.Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике врожденной и приобретенной кишечной непроходимости, консервативным и оперативным способам лечения.

3.Тезисы лекции: Кишечная непроходимость – это одна из наиболее тяжелых форм острых заболеваний брюшной полости, требующих неотложной диагностики. Различают врожденную и приобретенную непроходимость. Приобретенная непроходимость кишок составляет от 85 до 90% всех видов острой кишечной непроходимости. Среди ее разнообразных форм у детей наибольшее практическое значение имеет инвагинация.

Непроходимость кишечника характеризуется прекращением (резким замедлением) перемещения содержимого по кишечнику. У детей различают врожденную и приобретенную кишечную непроходимость. По данным Н.Е. Сурина, С.Д. Терновского, Х.И. Фельдман и др. врожденная непроходимость составляет 10-11%, а приобретенная - 89- 90%. По причинам возникновения приобретенную непроходимость подразделяют на механическую и динамическую (паралитическая и спастическая). По клиническим проявлениям - на острую (или полную), подострую, хроническую (или неполную) и рецидивирующую. **Инвагинация** (invaginatio, intussusceptio) - внедрение одного отдела кишки в другой. Инвагинация является самой частой формой кишечной непроходимости у детей. По статистическим данным 80 - 90% всех случаев инвагинации у детей приходится на грудной возраст, причем особенно часто это заболевание встречается во второй и третьей четверти первого года жизни ребенка. На втором году жизни инвагинация наблюдается гораздо реже. Патогенетически этот вид непроходимости сочетает признаки как обтурации (закрытие просвета кишки внедрившейся кишкой), так и странгуляции (ущемление брыжейки внедрившейся кишки). Может произойти инвагинация тонкой кишки в тонкую, толстой в толстую и тонкой в толстую. Однако чаще она возникает в илеоцекальном углу. Илеоцекальная инвагинация может быть двух видов: подвздошноободочная (подвздошная кишка внедряется в восходящую через Баугиниеву заслонку) и слепо-ободочная (слепая кишка внедряется в восходящую, увлекая

ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 8 из 19

за собой подвздошную). В инвагинате различают наружную кишку, называемую влагалищем (*intussuspiens*), в которую произошло внедрение, и внутреннюю внедрившуюся кишку - инвагинат (*intussusceptum*).

6. Иллюстративный материал: слайд, рентген снимки

7. Литература:

Основная:

- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008
- 5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
- 3) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- 4) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

- 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).

6) Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Клинико-диагностический критерий приобретенной кишечной непроходимости
- 2) Инвагинация кишечника, причины.
- 3) Инвагинация кишечника, клиника, диагностика и лечение.
- 4) Спаечная кишечная непроходимость.
- 4) Непроходимость кишечника на разных уровнях пищеварительной трубки. Диф.диагноз.

Лекция №5

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

2. Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике врожденных пороков толстой кишки, консервативным и оперативным способам лечения.

3. Тезисы лекции: Пороки развития толстой кишки, такие как Болезнь Гиршпрунга (отсутствие нервных клеток в стенке кишки, ведущее к хроническим запорам) и Атрезия ануса и прямой кишки (врожденное заражение или отсутствие анального отверстия), — это тяжелые врожденные состояния, нарушающие нормальное опорожнение кишечника, требующие ранней диагностики и неотложного хирургического лечения, так как без него грозит кишечная непроходимость и сепсис.

Болезнь Гиршпрунга (Агангиоз толстой кишки)

<p>ОНДҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 9 из 19

Суть: Врожденное отсутствие ганглиозных нервных сплетений в стенке части толстой кишки или всей кишки, что парализует этот сегмент.

Причина: Нарушение миграции нервных клеток во время внутриутробного развития.

Симптомы: Хронические запоры, вздутие живота, рвота, асимметричный живот, плохой набор веса у детей, отсутствие мекония (первородного кала) у новорожденных.

Последствия: Кишечная непроходимость, воспаление (энтероколит), перфорация, сепсис.

Лечение: Хирургическое удаление пораженного участка кишки.

Атрезия ануса и прямой кишки

Суть: Врожденное отсутствие или заражение анального отверстия и конечного отдела прямой кишки.

Причина: Порок развития в период эмбриогенеза.

Симптомы: Отсутствие стула в первые часы/дни жизни, беспокойство, рвота, вздутие живота (симптомы кишечной непроходимости). Иногда кал может выделяться через свищи (например, в мочеиспускательный канал, половые пути).

Лечение: Немедленное хирургическое вмешательство, часто в несколько этапов (создание колостомы, затем пластика прямой кишки).

Общие черты

Врожденность: Оба порока являются врожденными аномалиями.

Нарушение функции: Ведут к непроходимости кишечника.

Срочность лечения: Требуют срочной медицинской помощи, особенно в неонатальном периоде.

4. Иллюстративный материал: слайд, рентген снимки

5. Литература:

Основная:

- 3) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008
- 5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
- 3) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- 4) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

- 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).

6) Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Болезнь Гиршпрунга, клиника диагностика, лечение.
- 2) Мегаколон. Долихосигма.

ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 10 из 19

3) Атрезия ануса и прямой кишки, клиника, диагностика и лечение.

Лекция №6

1.Тема: «Пороки развития легких. Бактериальная деструкция легких».

2.Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике врожденных пороков развития легких, консервативным и оперативным способом лечения.

3.Тезисы лекции: Пороки развития легких — это врожденные аномалии структуры, возникающие при внутриутробном развитии и ведущие к нарушению функции, проявляющиеся кашлем, одышкой, цианозом. Бактериальная деструкция легких (гнойно-некротическая пневмония) — тяжелое осложнение пневмонии, вызванное бактериями, приводящее к гнойному расплавлению и некрозу легочной ткани, проявляется лихорадкой, сильным кашлем с гнойной мокротой и интоксикацией.

Пороки развития легких - Врожденные изменения бронхолегочной системы, влияющие на ее работу. Примеры: Аплазия (отсутствие), гипоплазия (недоразвитие) сосудов, артериовенозные свищи, аномалии впадения легочных вен.

Симптомы: Могут появиться в любом возрасте, включают одышку, кашель (часто гнойный), кровохарканье, деформацию грудной клетки.

Диагностика: Рентгенография, КТ, бронхоскопия, бронхография.

Лечение: Хирургическое (резекция) или консервативное.

Бактериальная деструкция легких

Тяжелая форма пневмонии с гнойно-некротическим распадом легочной паренхимы.

Причины: Стафилококки, синегнойная, кишечная палочки, пневмококки, часто после гриппа, ОРВИ.

Проявления: Высокая температура, озноб, одышка, боли в груди, тяжелая интоксикация; после прорыва в бронхи — обильная зловонная мокрота.

Формы: Простой абсцесс, гангренозный абсцесс, гангрена легкого.

Диагностика: Клиническая картина, рентген, КТ, посев мокроты.

Лечение: Массивная антибиотикотерапия, дренирование, патогенетическая терапия. 4.

Иллюстративный материал: слайд, рентген снимки

5.Литература:

Основная:

- 1) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008
- 5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практик. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
 - 3) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
 - 4) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.
- Электронные ресурсы.

ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 11 из 19

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).

6) Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1)Пороки развития легких, клиника диагностика, лечение.
- 2) бронхоэктатическая болезнь.
- 3) Бактериальная деструкция легких, клиника, диагностика и лечение.

Лекция №7

1. Тема: «Врожденные свищи пупка. Дивертикул Меккеля. Паходовая грыжа. Крипторхизм. Варикоцеле. Гидроцеле».

2. Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике заболеваний связанных с нарушениями облитерации влагалищного отростка, патологии урахуса и их оперативных способах лечения.

3. Тезисы лекции: **Пупочный свищ** – это патологически образованный не естественный канал, соединяющий наружную не зажившую полость **пупка** с внутренними органами (мочевым пузырем или кишечником). Дивертикул Меккеля (дивертикул подвздошной кишки) является врождённой аномалией тонкой кишки, связанной с нарушением обратного развития проксимального отдела желточного протока (протока между пупком и кишечником), когда остается необлитерированной (незакрытой) его проксимальная часть. **Паходовая грыжа** — патологическое выпячивание брюшины в полость пацентального канала. *При ущемленной паходовой грыже наблюдается следующая клиника:* резкая, постепенно усиливающаяся боль; тошнота, икота, многократная рвота; задержка стула и газов; тяжелое состояние больного; напряжение, болезненность грыжевого выпячивания. Крипторхизм (син.: ретенция яичка) – задержка яичка на его естественном пути при опускании в мошонку. Задержка может произойти на разном уровне, в связи с чем различают: А) Крипторхизм абдоминальный – яичко располагается в брюшной полости; Б) Крипторхизм пацентовый – яичко располагается в пацентовом канале. Водянка яичка (син.: гидроцеле) – скопление жидкости между париетальным и висцеральным листками влагалищной оболочки яичка. Наблюдаются при незаращении влагалищного отростка брюшины.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература:

Основная:

- 1)Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008

Дополнительно:

<p>ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>  <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>	<p>38/11</p>
<p>Кафедра «Педиатрия-1»</p> <p>Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»</p>	<p>Стр. 12 из 19</p>

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

2) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

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).

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Этиология врожденных свищей пупка
- 2) Дивертикул Меккеля, урахус, кишечный свищ
- 3) Паховая грыжа, крипторхизм, гидроцеле
- 4) Варикоцеле, этиология, лечение.

Лекция №8

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

2. Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике врожденных пороках развития и заболеваний мочевыделительной системы, консервативным и оперативным способам лечения.

3. Тезисы лекции: Аномалии почек проявляются в изменении формы, величины, количества, положения органа. Аномалии развития почек формируются внутриутробно вследствие неправильной закладки, дифференцировки тканей и персистенции клеток эмбриональных структур. Симптомы. Двусторонние пороки могут обнаруживаться сразу же после рождения ребенка, так как они проявляются выраженной недостаточностью функции органа. Гипоплазия, добавочная почка, удвоение и поликистоз почек сигнализируют о себе возникновением пиелонефрита, которая формируется в результате нарушения оттока мочи. Боли в поясничной области, у него может наблюдаться повышение температуры и признаки интоксикации. Аномалии развития почек часто сопровождаются артериальной гипертензией. Симптомов добавочной почки является недержание мочи. Иногда отмечается появление крови в моче, мутная моча, моча цвета мясных помоев. Диагностика пороков развития почек возможна при использовании специальных методов исследования (рентгенография, сцинтиграфия, эхография, компьютерная томография, функциональные исследования). Лечение: консервативное, симптоматическое. При осложнениях показано хирургическое лечение - нефрэктомия при наличии второй почки и сохранности ее функции. При почечной недостаточности производят пересадку почки.

Гипоспадия - отсутствие дистальной части мужского мочеиспускательного канала.. Отверстие мочеиспускательного канала может открываться у основания головки полового члена, в области ствола полового члена или вблизи мошонки. **Эписпадия** - незаращение передней стенки мочеиспускательного канала в дистальном отделе полового члена (частичное) или на всем его протяжении (полное). Распространенность - 1 случай на 50 000 новорожденных. При полной эписпадии наблюдается недержание мочи. **Экстрофия мочевого пузыря** - отсутствие передней стенки мочевого пузыря и участка передней

ONÝUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 13 из 19

брюшной стенки. Встречается у 1 ребенка из 50 000 новорожденных. Мочевой пузырь вывернут наружу, слизистая оболочка его обнажена. **Лечение:** хирургическое - пластика мочевого пузыря, пересадка мочеточников в прямую кишку

4. Иллюстративный материал: слайды, рентген снимки.

5. Литература:

Основная:

2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.

2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.

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

4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008

5) Тұрсынов Қ. Нәрестелер хирургиясы: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

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

2) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

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).

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1) Назовите аномалии почек

2) Инструментальные методы диагностики пороков развития и заболеваний почек

3) Причины гидронефроза

4) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

5) Эпипсадия, гипоспадия, экстрофия мочевого пузыря

6) Фимоз, парофимоз. Баланит, баланопостит

Лекция №9

1. Тема: «Желудочно-кишечные кровотечения у детей».

2. Цель: Ознакомить студентов о причинах и способах ранней диагностики кровотечений из желудочно-кишечного тракта, консервативной и оперативной способах лечения.

3. Тезисы лекции: Кровотечения ЖКТ возникают у 5-8% детей, у 55% - они обусловлены язвенной болезнью. Чаще всего используют классификацию Стручкова В.И. **По локализации:** из верхних отделов (пищевод, желудок, ДПК); из тонкой кишки (подвздошная); из нижних отделов (толстая). **По клинике:** активные (продолжающиеся), остановившиеся. **По объему:** массивные (профузные), малые (минимальные). **По характеру:** острые, хронические (скрытые). **По этиологии:** язвенные, не язвенные. **По степени тяжести кровопотери:** легкая, средняя, тяжелая.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 14 из 19

По частоте: первичные, рецидивирующие.

- **Основным** симптомом кровотечения из верхних отделов ЖКТ будет **кровавая рвота** (*haemotemesis*). Она может быть обильна в виде «кофейной гущи» и алой крови с примесями пищи или без них, одно-, многоразовой, сопровождаться потерей сознания, предшествовать **мелене** или возникать на фоне дегтеобразного кала. При *профузном* кровотечении рвота возникает внезапно, хотя может предшествовать нарастающая слабость, головокружение, тошнота. Быстро появляются бледность кожи, холодный липкий пот, тахикардия, тахипnoe. Снижается АД, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. Такая клиническая картина характерна для больных с порталой гипертензией, синдромом Маллори - Вейса, язвенной болезнью желудка и ДПК, когда эрозированы крупные артериальные сосуды. При значительном профузном кровотечении отмечается рвота «фонтаном» (портальная гипертензия). **Вторым** симптомом кровотечения ЖКТ будет черный, дегтеобразный стул – *melena*. Появление мелены чаще свидетельствует о кровотечении из проксимальных отделов ЖКТ. Однако мелена нередко наблюдается и при патологии пищевода, портальной гипертензии. Медленное поступление крови в просвет кишечника обуславливает темный цвет каловых масс. Постепенное скопление крови в толстой кишке приводит к ее роспаду: образуется сернокислое железо, которое придет каловым массам цвет от темно-вишневого до черного. Необходимо исключить прием некоторых пищевых продуктов, которые содержат много крови (кровяная колбаса), а также симптом заглоchenной крови у детей. Темный цвет кала так же может отмечаться при приеме препаратов железа, висмута, активированного угля, большого количества вишен, черники, малины, красной смородины.

- Причиной желудочно-кишечного кровотечения у детей из нижних отделов ЖКТ в возрасте от 1 до 3 лет служат полипы кишечника. Более 90% всех случаев полипов толстой кишки у детей приходится на ювенильные (гамартомные) полипы. Гамартомные полипы — это узловые образования, которые возникают из-за нарушения эмбрионального развития тканей толстой кишки. Излюбленная локализация ювенильных полипов — прямая и сигмовидная кишки. Размеры полипов колеблются от нескольких миллиметров до 3 см. Поверхность их покрыта слизью, легко кровоточит при травмировании плотными каловыми массами. Полипы также могут изъязвляться и вести к кровотечению с развитием гипохромной анемии. Тяжелым осложнением служит перекручивание ножки полипа с последующим его некрозом и кровотечением. Генерализованная форма ювенильных полипов ЖКТ, характеризующаяся диареей, кровотечением, гипопротеинемией, отеками и асцитом у детей до 2 лет, в 100% случаев заканчивается летально.

Дивертикул Меккеля — выпячивание стенки нижней трети подвздошной кишки, являющейся остатком не полностью редуцированного желточного протока. В 40% всех случаев осложнений дивертикула Меккеля обнаруживается обильное желудочно-кишечное кровотечение у детей в возрасте до 2 лет. До 85% причиной кровотечения служит эктопия слизистой оболочки желудка и значительно реже — эктопия ткани поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. Язвы, как правило, образуются на границе эктопированной и нормальной слизистой оболочки. Для дивертикула Меккеля характерны повторяющиеся через определенные промежутки времени кровотечения. Обильные повторные кровотечения нередко приводят к анемизации ребенка.

Дополнительные методы исследования при желудочно-кишечных кровотечениях

1. Рино-фаринго-лярингоскопия.
2. Фиброгастроскопия.3

<p>ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 15 из 19

- 3. Фиброколоноскопия.
- 4. Рентгеноскопия ЖКТ.
- 5. Ангиография.
- 6. Ультразвуковое исследование.
- 7. Лапароскопия.

4. Иллюстративный материал: слайд.

5. Литература:

Основная:

- 1) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. - 584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
- 2) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- 3) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

- 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).

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Заболевания сопровождающиеся желудочно- кишечными кровотечениями
- 2) Клиническая картина
- 3) Диагностика
- 4) Первая помощь и способы лечения

Лекция №10

1. Тема: «Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Остеомиелит».
2. Цель: Ознакомить студентов о способах ранней диагностике гнойно-воспалительных заболеваний, принципам лечения и оперативным способам доступа.
3. Тезисы лекции:

В развитии проблемы гнойной инфекции выделяют три этапа: 1) доантибиотический период; 2) эра появления антибиотиков; 3) эра стафилококкового бедствия. Интересна география антибиотико-устойчивых штаммов стафилококка. Первые работы по этой теме появились в странах (Англии, США, Польше), где и раньше широко применялись пенициллин и другие антибиотики. В дальнейшем в 60-ые годы эта тема становится актуальной и для Советского Союза.

Появлению «стафилококкового бедствия» способствовало широкое, и зачастую нерациональное применение антибиотиков с одной стороны, и особенности обмена стафилококка с другой. Большую роль сыграла также перекрестная устойчивость. Кроме

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 16 из 19

перечисленных факторов необходимо учесть течение гнойно-септических заболеваний у новорожденных, связанных с их анатомо-физиологическими особенностями, а также ряд процессов, так называемого патологического симбиоза по С.Я.Долецкому. В виду функционального несовершенства РЭС, антигенообразование у детей снижено и это ведет к генерализации инфекции. Незрелость ЦНС обуславливает быстрое наступление нейротоксикоза и гиперэргических реакций.

Местные процессы при гнойной инфекции характеризуются: 1) быстрым накоплением некроза, отека; 2) угнетением местной фагоцитарной защиты.

Все перечисленные особенности патогенеза острой гнойной инфекции у новорожденных и грудных детей клинически проявляются преобладанием общих симптомов над местными, гиперэргическими реакциями, генерализацией заболевания и быстрым развития местного процесса.

Кроме того, стафилококк обладает выраженным свойством приспособления к воздействиям экзо- и эндогенных факторов, тому способствуют особенности обмена. Наиболее важными из них являются: 1) выработка ферментов защиты; 2) усиление продукции метаболитов, конкурирующих с антибиотиками; 3) перестройка жизнедеятельности микроорганизма по пути исключения из обмена фермента, на который действуют антибиотики; 4) избирательное изменение проницаемости клеточной мембранны стафилококка к антибиотику; 5) выделение ряда ферментов, способствующих воздействию ткани и сосуды, усиливающие их распад, увеличивающие проницаемость сосудистой стенки.

Раздражение и перераздражение ЦНС и РЭС, а также значительное разрушение тканей макроорганизма обуславливает одну из важнейших особенностей стафилококковой инфекции – аллергического компонента с явным преобладанием антигена над антителом. Таким образом, чрезвычайная приспособительность стафилококка, наличие факторов защиты и агрессии поставили стафилококк на первый план, чем другую флору.

Принципы лечения гнойной инфекции у детей проводятся по Т.В.Краснобаеву: 1) воздействием на макроорганизм, 2) воздействием на микроорганизм, 3) лечение местного процесса.

Первый принцип – это дезинтоксикационная терапия, усиление как клеточного, так и гуморального звена иммунитета: переливание плазмы, крови, введение десенсибилизирующих и патогенетических средств, симптоматические препараты.

Воздействие на микроорганизм достигается, в основном, разумным использованием антибиотиков – это использование антибиотиков широкого спектра действия с определением чувствительности. И в первые дни внутривенное введение при тяжелом течении процесса. Не менее важное значение отводится комплексному лечению местного очага.

Лечение гнойной хирургической инфекции является сложной задачей. Успех зависит от своевременности, правильности начатого лечения.

С момента классического описания клинической картины острого остеомиелита в 1853 г. Chassaiqnac накоплено значительное количество работ, характеризующих различные аспекты остеомиелита, в связи с чем вносились изменения и дополнения. Т.П.Краснобаев (1925) различает три основные формы заболевания: токсическую, септикопиемическую и местно очаговую. И.С.Венгеровский (1964) делит остеомиелит на следующие формы:

- 1) септикотоксическую;
- 2) септикопиемическую с метастазами в другие кости или другие органы;
- 3) местную очаговую форму с поражением одной кости;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтұстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 17 из 19

4) атипическую форму (или первично-хроническую форму), которая включает местный диффузный остеомиелит, склерозирующий остеомиелит Гарре, альбуминозный остеомиелит Олье, абсцесс Броди. С.Попкиров (1977) эту классификацию дополняет новой формой “антибиотическим остеомиелитом”- для которой характерны гнойно-некротическое расплавление периоста, отсутствие периостального образования кости и оссификации, скудная репарация.

Учитывая тот факт, что классификация должна быть основной для диагностики, выбора метода лечения. Существующая классификация дополнена Султанбаевым выделением интра- и экстрамедуллярной стадии заболевания. Интрамедуллярная стадия – когда гной находится ещё в костномозговом канале, за счет внутрикостной гипертензии отмечается превалирование общих симптомов интоксикации с минимальными местными признаками. Экстрамедуллярная – когда гной выходит через фолькмановы и гаверсовы каналы в пароассальное пространство, снижается внутрикостное давление и налицо локальная симптоматика остеомиелита.

Клинически септикотоксическая форма болезни характеризуется молниеносным развитием заболевания с исключительной тяжестью течения, что обусловлено выраженными явлениями интоксикации.

Начало болезни внезапное: высокая температура, сопровождающаяся ознобами. сознание помрачено или полностью отсутствует. Дыхание частое, поверхностное, сравнительно быстро нарастает сердечно-сосудистая недостаточность, которая и является причиной смерти. Заболевание протекает настолько скоротечно, что местные признаки не успевают развиться или они затушевываются явлениями интоксикации, поэтому диагностика этой формы остеомиелита, даже на аутопсии, исключительно трудна. В клинике септикопиемической формы, которая также отличается тяжелым течением, доминируют септические явления с образованием метастатических гнойников в других органах. Заболевание также начинается остро, с повышения температуры, озноба, сознание у больного сохранено, хотя в ряде случаев отмечается заторможенность, т.е. общеклинические проявления напоминают предыдущую форму. Однако при этой форме больные жалуются на сильные боли в пораженной конечности, возможно появление сыпи на теле, понос, рвота. При образовании гнойных метастатических очагов в других органах состояние больного становится ещё более тяжелым, так как присоединяющиеся пневмония, гнойный плеврит, перикардит, менингит приводят к развитию сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

При местно очаговой форме болезни на первый план выступают локальные симптомы: болезненность в проекции пораженной кости, припухлость мягких тканей в этой зоне. Прогрессирование местных изменений приводит к быстрому образованию субperiостального абсцесса с прорывом его в межмышечные ткани, а у грудных детей в полость сустава, в то же время общие симптомы интоксикации менее выражены.

Кроме указанных форм остеомиелита в клинической практике сравнительно часто встречаются больные с так называемыми первично-хроническими формами остеомиелита, характеризующимися вялым течением с начала болезни. Причиной из развития считается низкая вирулентность микробов при высокой реактивности организма (Франкони, Вальгрен, 1958). К ним относятся альбуминозный остеомиелит Олье, внутри- костный абсцесс Броди, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотический остеомиелит. Заболевание начинается подостро, но в силу невыраженности клинической картины и трудности диагностики вначале часто просматривается врачами. Заболевание может выявляться спустя много

ONTOUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 18 из 19

лет, когда по поводу длительно существующих перемежающихся болей в конечности производится рентгенография и обнаруживаются те или иные костные изменения.

Диагностика.

Диагноз острого гематогенного остеомиелита в ранние сроки заболевания представляет значительные трудности. По данным В.С.Кононова (1974), М.В.Гринева (1977), С.Попкирова (1977), Г.Н.Акжигитова и др.(1986), частота диагностических ошибок достигает 44,6%. Анализ этих ошибок показал, что наиболее часто вызывают затруднения в дифференциальной диагностике травмы конечностей (38%), гнойные заболевания мягких тканей (32%) и ревматизм (15%).

Лечение острого гематогенного остеомиелита следует начинать как можно раньше, ибо фактор времени имеет первостепенное значение в связи с губительным влиянием длительной и постоянной внутренней гипертензии на динамику развития деструкции кости. Нельзя терять часы, а тем более дни. Doran W., Brown L. ещё в 1925 году образно писали, что если время от начала заболевания до операции изменяется в часах, то выздоровление больного измеряется в неделях, если же время до операции измеряется в днях, то выздоровление затягивается на месяцы и годы.

Диагноз хронического остеомиелита несложен и основан на типичном анамнезе и клиническом течении с образованием гнойных свищей. Большое значение имеет рентгенологическое обследование, выявляющее наличие секвестральной полости с секвестром. Фистулография при наличии свищей позволяет уточнить локализацию секвестра.

Лечение хронического остеомиелита проводится по принципу лечения гнойной инфекции в хронической стадии течения: секвестрэктомия, санация полости, грануляций и иссечение свища.

Псевдофурункулез

Анатомо-физиологические особенности кожи: однослойный эпидермис, много межклеточной жидкости, отсутствие мембранны, апокриновые железы с широкими выводными протоками, изменения PH крови способствует быстрому проникновению инфекции и частому инфицированию подкожи, проникновение инфекции в сосудистое русло и возникновению сепсиса. Инфицирование апокриновых желез создает появление микроабсцессов, вначале на затылочной области, затем на шее и т.д.

Лечение сводится к улучшению иммунитета, соблюдению санитарно-гигиенических правил, улучшению питания, местно –вскрытие абсцессов.

Мастит новорожденных

В связи с получением с молоком матери лактогормонов, происходит физиологическое набухание молочных желез и у новорожденных – это приводит к их легкой ранимости и инфицированию. Об инфицировании говорит появление гиперемии, отека и ухудшение общего состояния. При абсцедировании показано вскрытие, так чтобы не был затронут ареол соска. Маститы очень часто переходят в гноино-некротические флегмоны.

Флегмана новорожденных

В течение флегмоны следует отметить преобладание некротических процессов над воспалительными, охарактеризовать стадии процесса: 1) острую с нарастанием интоксикации и экссикоза; 2) отторжение клетчатки; 3) стадия сепсиса; 4) резедуальная. Лечение флегмоны по общим принципам. В местном лечении при первой стадии важно отметить правильное нанесение насечек и чсатоты перевязок. Лечение зависит от стадии, от сроков поступления.

Омфалиты

ОНТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Детская хирургия»	Стр. 19 из 19

Необходимо остановиться на формах омфалита (простая, флегмонозная и некротическая). Охарактеризовать клинику каждой формы. Важно отметить, что при простой форме часто образуются грануляции (фунгус). Две последние формы чреваты переходом процесса на пупочные сосуды и возникновением сепсиса. Дифференциальная диагностика проводится с кальцинозом, свищами пупка и флегмоной новорожденных. Лечение каждой формы по общим принципам.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература:

Основная:

- 1) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 1 том- Астана, 2015ж- 616 бет.
- 2) Сборник клинических протоколов по профилю педиатрия, разработанных в 2014 году. 2 том- Астана, 2015ж-667 бет.
- 3) Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. В 2-х т. Т.1. -632 с.; Т.2. -584 с. М.: Гэотар -медиа, 2010.
- 4) Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. Алматы 2008
- 5) Тұрсынов Қ. Балалардың хирургиялық ірінді қабыну аурулары: оқулық. – Алматы 2011

Дополнительно:

- 1) Детская оперативная хирургия: практ. рук./ под ред. Тихомировой В.Д.. Спб.: Информ. Изд. Агентство «Лик», 2001
- 2) Немилова Т.К. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных СПб 2002
- 3) Детская анестезиология и реаниматология: учеб. Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова.-2-е издание, переработанное и доп.- М.: Медецина, 2001.

Электронные ресурсы.

- 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).

6)Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1) Этиопатогенез гнойно-воспалительных заболеваний
- 2) Клиническая картина
- 3) Диагностика и диф.диагностика
- 4) Принципы лечения