

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**Атакулов Дж. О., Юсупов Ш.А., Давранов Б.Л.,
Шахриев А.К., Махматкулов Х.Г.**

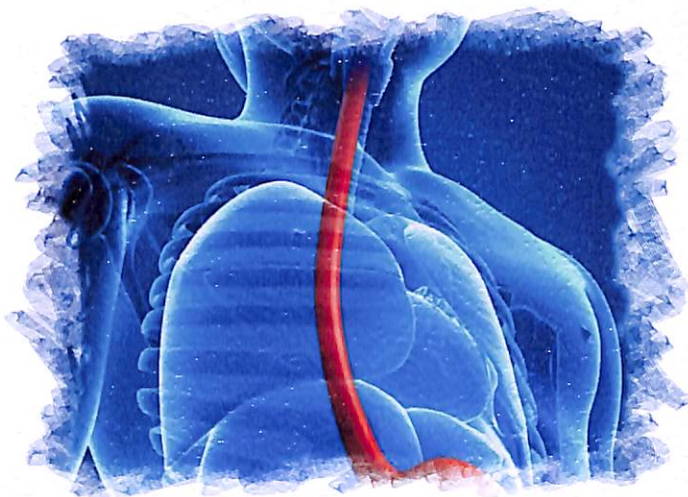
**Область знаний: 500 000 - “Здравоохранение и социальное обеспечение”
Область образования: 510 000 - «Здравоохранение»**

ПО ПРЕДМЕТУ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

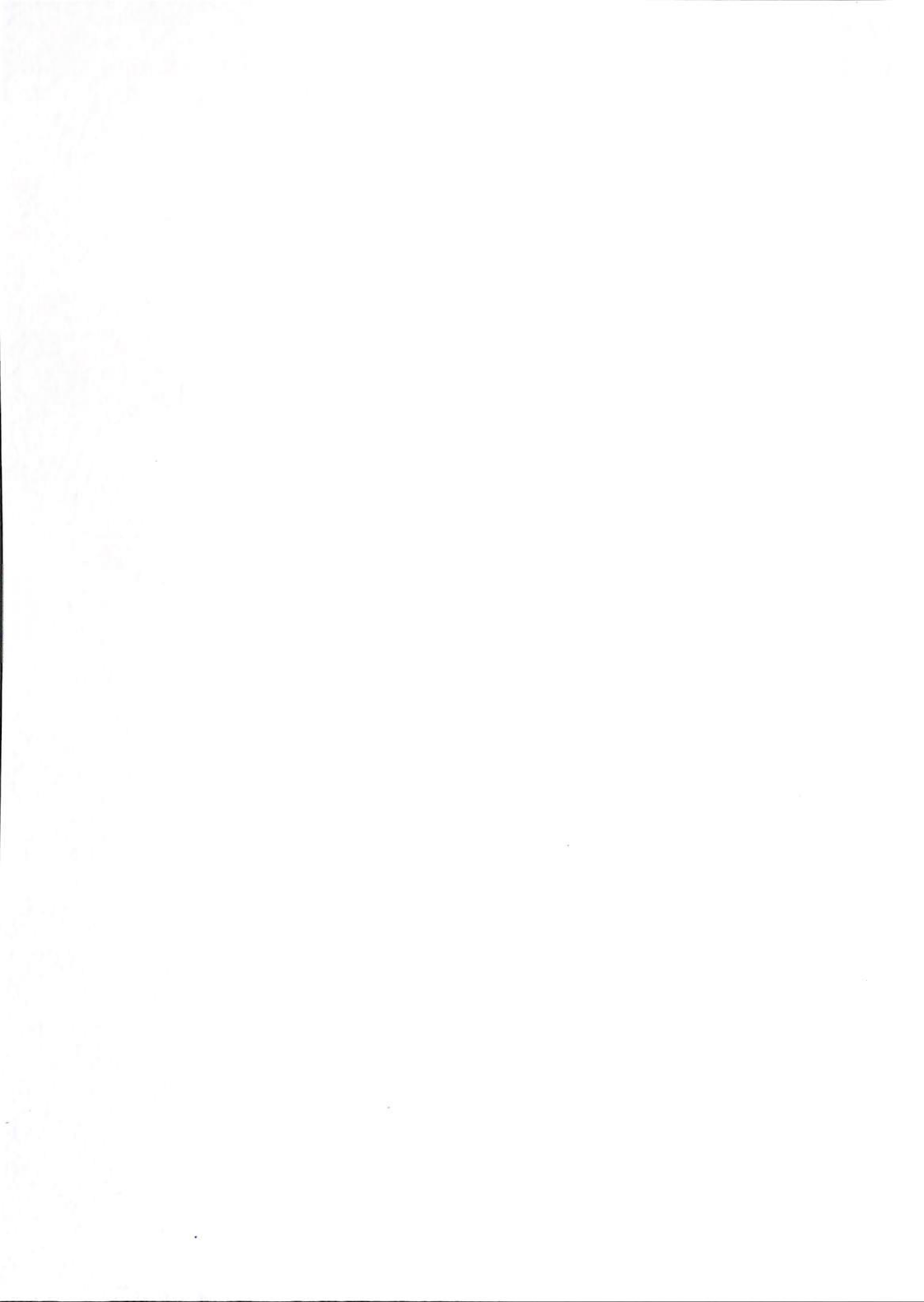
*Учебно-методическое пособие для студентов VI курса педиатрического
факультета медицинских высших образовательных учреждений*

**«ПОРОКИ И АНОМАЛИИ
РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА»**

Направление образования: Педиатрическое дело – 5510200



Самарканд – 2022



**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**Атакулов Джамшед Останакулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович,
Давранов Бобир Латибович, Шахриев Абдикодир Камалбаевич,
Махматкулов Хамидилло Гайбуллаевич**

Область знаний: 500 000 - «Здравоохранение и социальное обеспечение»

Область образования: 510 000 - «Здравоохранение»

по предмету

«Детская хирургия»

«ПОРОКИ И АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА»

Учебно-методическое пособие

*для студентов VI курса педиатрического факультета медицинских
высших образовательных учреждений*

Направление образования:

Педиатрическое дело – 5510200

Самарканд – 2022



Составители:

- Юсупов Ш.А. - заведующий кафедрой детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского института, д.м.н.
- Атакулов Ж.О.- профессор кафедры детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского института, д.м.н.
- Давранов Б.Л.- ассистент кафедры детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского института, к.м.н.
- Баймурадов Н.С.- доцент кафедры детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского института, к.м.н.
- Махматкулов Х.Г.- ассистент кафедры детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского института.

Рецензенты:

- Ю.М.Ахмедов д.м.н., профессор кафедры детской хирургии №2 СамМИ
- Ф.Ш. Мавлянов д.м.н., доцент кафедры детской хирургии №2 СамМИ

Учебное пособие рассмотрено на заседании ЦУМС Самаркандского государственного медицинского института.
от «21» февраля 2022 года Протокол № 2

Учебное пособие рассмотрено и утверждено на Ученом Совете Самаркандского государственного медицинского института.
от «23» февраля 2022 года Протокол № 7

Секретарь Ученого совета *Shahin* Ph.D. Очиллов У.У.



ПОРОКИ И АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА (АТРЕЗИЯ, ПИЩЕВОДНО – ТРАХЕАЛЬНЫЙ СВИЩ, ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД, ХАЛАЗИЯ, АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА), КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Курс хирургии детского возраста представляет собой часть дисциплины, содержащей описание происхождения, диагностики и лечения врожденных пороков и аномалий развития, требующих хирургической коррекции.

Основным принципом преподавания детской хирургии является обучение навыкам распознавания, нозологической диагностики и оказания стандартной общеврачебной помощи и послеоперационной реабилитации детей с врожденными пороками и аномалиями развития.

Программа обучения факультетского курса хирургии детского возраста предусматривает интеграцию освоенных на предыдущих курсах знаний и умений, по фундаментальным и начальным клиническим дисциплинам, включающих фило-, онто- и эмбриогенез, физиологию и патологию роста и развития человека, семиотику и современные методы лабораторной и инструментальной диагностики, основы классических стандартов лечения и реабилитации.

Цель обучения: выработка умений и навыков клинической диагностики, лечения и реабилитации детей с врожденными пороками и аномалиями развития требующих хирургической коррекции.

Задачи обучения:

- Формирование знаний по этиологии, патогенезу и клинике наиболее часто встречающихся пороков и аномалий развития у детей;
- Выработка у студентов умений и навыков клинического осмотра и обследования ребенка врожденными пороками и аномалиями развития, включающего лабораторные, лучевые и инструментальные методы исследования;
- Освоение студентами диагностического алгоритма пороков и аномалий развития, представляющих угрозу жизни ребенка;
- Ознакомление с принципами хирургического лечения пороков и аномалий развития и их осложнений;
- Выработка умений и навыков общеврачебной помощи, основанной на лечебно-диагностических стандартах и протоколах послеоперационной реабилитации детей с врожденными пороками и аномалиями развития.

Место проведения занятия: отделение торакальной хирургии, операционная, компьютерная комната, учебная комната

Мониторинг и оценка: устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах.

Письменный контроль: контрольные вопросы.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА

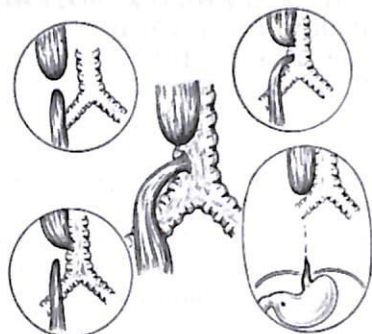


Рис. 1 Варианты атрезии пищевода

Развитие порока связано с нарушениями в ранних стадиях эмбриогенеза. Известно, что трахея и пищевод возникают из одного зачатка – головного конца передней кишки. На самых ранних стадиях трахея широко сообщается с пищеводом. Их разделение происходит на 4-5-й неделе эмбриогенеза. При несоответствии направления и скорости роста трахеи и пищевода, а также процессов вакуолизации в солидной ткани, которую пищевод проходит вместе с другими образованиями кишечной трубки в сроки от 20-го до 40-го дня, возможно развитие атрезии пищевода. Из анамнеза беременности типичными являются многоводие и угроза выкидыша в I триместре.

Клиника и диагностика. Признаки атрезии пищевода отчетливо

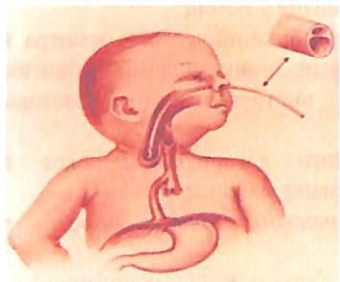


Рис. 2 Зондирование пищевода

проявляются в первые часы после рождения ребенка. Верхний слепой отрезок пищевода и носоглотка переполняются слизью, у ребенка появляются обильные пенистые выделения изо рта. Часть слизи новорожденный аспирирует, возникают приступы цианоза. После отсасывания содержимого носоглотки оно вскоре появляется вновь. Очень быстро в легких начинаются прослушиваться хрипы, нарастает одышка.

Диагноз уточняют путем катетеризации пищевода тонким уретральным катетером с закругленным концом. Катетер вводят через нос; пройдя на глубину 6-8см, катетер упирается в слепой конец пищевода либо, заворачиваясь, выходит через рот ребенка. Производят отсасывание слизи. Воздух, введенный в слепой конец пищевода, с шумом выделяется из носоглотки (положительный симптом Элефанта).

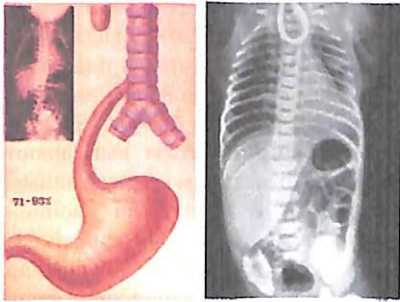


Рис.3 Зондирование пищевода под рентгеновским контролем

целесообразно проводить всем младенцам с синдромом дыхательных расстройств сразу после рождения.

Клиническая картина может иметь некоторые особенности в зависимости от формы атрезии. При наиболее частой форме атрезии с дистальным трахеопищеводным свищом выявляется вздутие живота, особенно в эпигастральной области. Выраженность аспирационного синдрома зависит от диаметра трахеопищеводного соустья.

Окончательный диагноз ставят после рентгенологического исследования. Катетер вводят в пищевод до упора, после чего

выполняют обзорную рентгенограмму грудной клетки и органов брюшной полости. При атрезии рентгеноконтрастный катетер отчетливо виден в слепом отрезке пищевода. Обнаружение воздуха в желудке и кишечнике указывает на наличие свища между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода. При бессвищевых формах на фоне запавшего живота отмечается полное затемнение брюшной полости. У детей со свищевыми формами атрезии о длине днастаза между концами пищевода можно судить в какой-то степени по боковой рентгенограмме. Использование для диагностики рентгеноконтрастных растворов, особенно бариевой взвеси, крайне нежелательно из-за риска аспирационной пневмонии.

Лечение. Только раннее оперативное вмешательство может спасти жизнь ребенку с атрезией пищевода. Уже в родильном доме должна быть начата предоперационная подготовка, включающая аспирацию содержимого рото- и носоглотки каждые 15-20 мин, дачу кислорода, полное исключение кормления через рот. Транспортировка должна быть выполнена специализированной бригадой в максимально короткий срок. Общая длительность предоперационной подготовки определяется тяжестью нарушений гомеостаза и гемодинамики, дыхательной недостаточностью, степенью дегидратации. При явных признаках аспирации, нарушения дыхания, а тем более при пневмонии или ателектазе необходимо как можно раньше прибегать к прямой ларингоскопии с катетеризацией трахей и аспирации. При неэффективности последней под наркозом проводят бронхоскопию или интубацию трахей с тщательной аспирацией содержимого. Больного помещают в кувез, обеспечивая непрерывную подачу кислорода, аспирацию содержимого ротоглотки, согревание. Назначают инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию.

Выбор метода оперативного вмешательства определяется формой атрезии и состоянием больного. При наиболее частой форме атрезии с дистальным трахеопищеводным свищом у больных с малым операционным риском (доношенных, без сочтанных пороков жизненно важных органов и симптомов

внутричерепной родовой травмы) целесообразно начинать с торакотомии, разделения трахеопищеводного свища. Если диастаз между концами пищевода не превышает 1,5-2 см, накладывают прямой анастомоз. При большом диастазе отрезков пищевода накладывают шейную эзофагостому и гастростому по Кадеру. При несвищевых формах из-за значительного диастаза выполняют операцию гастростомии и эзофагостомии. У больных с высоким операционным риском оперативное вмешательство чаще начинают с наложения двойной гастростомии (первая – для кормления через зонд, введенный в двенадцатиперстную кишку, вторая – для декомпрессии желудка и уменьшения аспирации). Второй этап операции выполняют после улучшения состояния спустя 2-4 дня.

В послеоперационном периоде продолжают начатую интенсивную терапию. Кормление ребенка осуществляют через зонд, введенный интраоперационно через анастомоз либо в гастростому после восстановления пассажа по кишечнику. На 6-7-е сутки исследуют состоятельность анастомоза. Под контролем рентгеновского экрана через рот ребенка вводят 1-2 мл водорастворимого контрастного вещества. Оценивают проходимость зоны анастомоза, исключают затеки контрастного вещества. При отсутствии осложнений ребенка начинают кормить через рот. Через 2-3 нед после операции проводят контрольную фиброэзофагогастроскопию с оценкой степени проходимости зоны анастомоза, состояния кардии, симптомов эзофагита. Сужение анастомоза, встречающееся в 30-40% случаев, требует бужирования (бужи № 22-24). Длительность бужирования контролируется эзофагоскопией.

В послеоперационном периоде в течение первого года жизни ребенка необходимо постоянное диспансерное наблюдение. Возможны явления дисфагии, осложняющиеся непроходимостью в области анастомоза, что требует срочной эзофагоскопии. В связи с этим детям на первом году жизни рекомендуется давать гомогенизированную пищевую массу. Недостаточность

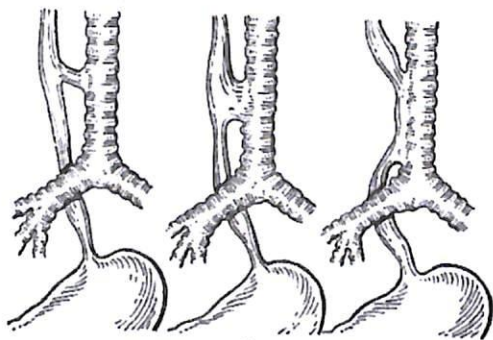


Рис. 4 Варианты трахеопищеводного свища

кардии и желудочно-пищеводный рефлюкс, нередко осложняющий послеоперационный период, клинически проявляются ночными регургитациями, повторными пневмониями, срыгиваниями и требуют своевременной диагностики. В связи с операционной травмой возвратного нерва у детей в ближайшие 6-12 мес возможна осиплость голоса.

У детей с эзофаго – и гастростомией в возрасте от 2-3 мес до 3 лет выполняют

второй этап операции – пластику пищевода толстокишечным трансплантатом.

ВРОЖДЕННЫЙ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ

Изолированный врожденный трахеопищеводный свищ относится к редким порокам развития: частота его составляет 3-4% среди всех аномалий пищевода. Соустье, как правило, располагается высоко, на уровне VII шейного или I грудного позвонка.

Выделяют три вида трахеопищеводных свищей: узкий и длинный, короткий и широкий (встречается наиболее часто), с отсутствием разделения пищевода и трахеи на большом протяжении.

Клиника и диагностика. Выраженность симптомов зависит от диаметра свища и угла впадения в трахею. Характерные симптомы: приступы кашля и цианоза, возникающие во время кормления, более выраженные в горизонтальном положении ребенка. При узких и длинных свищах может отмечаться лишь покашливание ребенка при кормлении. При изменении положения симптоматика уменьшается. У ребенка часто возникает пневмония. Наиболее яркая клиническая картина наблюдается при широких соустьях, когда уже в начале кормления молоко легко проникает в трахеобронхиальное дерево. Быстро развивается острый воспалительный процесс в легких с ателектазами.

Диагностика трахеопищеводного свища трудна, особенно при узких свищах. Комплекс исследований включает рентгенологические и инструментальные методы. Рентгенографию выполняют в горизонтальном положении ребенка. Через зонд, введенный в начальный отдел пищевода, под контролем экрана вводят раствор водорастворимого контрастного вещества. Затекание его в трахею указывает на наличие свища. Информативность этого метода невелика. Большее диагностическое значение имеет трахескопия. Трахею осматривают на всем протяжении от голосовой щели до бифуркации. Свищ щелевидной формы располагается по задней поверхности трахей. Прямой признак свища – появление пузырьков воздуха со слизью.

Дифференциальный диагноз проводят с атрезией пищевода, ахалазией кардии, желудочно-пищеводным рефлюксом, сужением пищевода, дисфагией, связанной с травмой голосовых связок при проведении реанимации в родах, дисфагией центрального генеза.

Лечение только оперативное. Предоперационная подготовка заключается в санации трахеобронхиального дерева, лечении аспирационной пневмонии. С этой целью выполняют санационную бронхоскопию, назначают УВЧ, антибактериальную, инфузионную терапию. Полностью исключают кормление через рот. Операцию мобилизации, перевязки и пересечения соустья выполняют с использованием правостороннего шейного доступа, реже производят заднебоковую торакотомию. При своевременной диагностике прогноз благоприятный.

(примечание: «Хирургические болезни детского возраста». Ю.Ф.Исаков. М. ГЕОТАР-МЕДИА 2006 г. Т 1. стр 222-223)

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА



Рис. 5 На контрастном исследовании пищевода - ахалазия

Ахалазия пищевода – патологическое состояние, характеризующееся функциональным нарушением проходимости кардиального отдела пищевода. С прогрессированием заболевания пищевод теряет свою двигательную активность, что приводит к его дилатации. В детском возрасте заболевание встречается значительно реже, чем у взрослых. Начало заболевания у детей в среднем относят к 8 – 9-летнему возрасту, хотя оно может встречаться у грудных детей.

Одно время считали, что заболевание связано с нарушениями в ганглиозных клетках ауэрбаховского сплетения, однако электронно-микроскопические исследования, проведенные в последние годы, позволили обнаружить у пациентов дегенеративные

изменения в двигательных ядрах блуждающих нервов.

Клиника. Основными симптомами заболевания являются дисфагия и регургитация. Эти симптомы затруднения прохождения пищи по пищеводу и рвота неизменной пищей чаще встречаются при приеме грубой пищи, чем жидкой. Такие симптомы, как чувство дискомфорта, некоторого давления за грудиной, умеренные боли в эпигастральной области или за грудной, трудны для их описания пациентами детского возраста, что представляет определенные диагностические сложности. У детей младшего возраста дисфагия проявляется рядом косвенных признаков: медленно едят, тщательно пережевывают пищу, не съедают весь объем пищи, давятся во время еды. Дети старшего возраста с целью облегчения прохождения пищи прибегают к таким приемам, как усиленное глотание (пустые глотательные движения), запивание водой и др. В связи с тем что, заболевание встречается в детском возрасте довольно редко, указанные симптомы чаще связывают с психологическими проблемами, что также несколько затягивает постановку диагноза. Это в свою очередь приводит к потере массы тела у детей, а ночные аспирации содержимого пищевода могут вызывать рецидивирующие пневмонии. Заболевание в ряде случаев носит перемежающийся характер, т.е. периоды ухудшения могут чередоваться с промежутками клинического благополучия.

Диагностика. Основными методами диагностики данного заболевания являются рентгенологическое исследование пищевода с контрастным

веществом (наиболее часто с барием) и эзофагоскопия. Уже при обзорной рентгеноскопии, выполняемой в вертикальном положении, может быть выявлен уровень жидкости в расширенном пищеводе, что свидетельствует о нарушенной его проходимости. Затем исследование дополняют приемом бариевой взвеси сметанообразной консистенции. При этом бариевая взвесь или совсем не поступает в желудок, или проходит в него тонкой струей. Во время исследования возможно расслабление кардии и поступление значительной порции контрастного вещества в желудок – симптом “проваливания”, который является достоверным признаком функционального нарушения кардии. Стимулирование этого симптома возможно, если больному дать запить смесь водой.

Эзофагоскопия является обязательным исследованием, так как позволяет выявить признаки эзофагита и определить степень его выраженности, а свободное проведение фиброэзофагоскопа в желудок свидетельствует об отсутствии врожденного стеноза или вторичного стеноза, связанного с рефлюкс-эзофагитом или другими причинами.

Применение манометрии в диагностике данного заболевания у детей в настоящее время ограничено. Однако усовершенствование этого диагностического метода в дальнейшем позволит дифференцировать ахалазию и кардиоспазм, что в свою очередь может позволить дифференцированно подходить к выбору лечебной тактики.

Ахалазию пищевода необходимо дифференцировать от врожденного стеноза пищевода, пептического и послеожогового стеноза, дивертикула пищевода, а также доброкачественных и злокачественных опухолей желудка и пищевода.

Лечение. Существуют консервативные и оперативные методы лечения ахалазии. К консервативным относятся медикаментозная терапия, форсированное бужирование и кардиодилатация (в детской практике применяют баллонодилатацию пневмо- и гидродилататорами). При их использовании наступает непосредственное улучшение, но эффект лечения нестойкий.

Наиболее распространенный вариант лечения ахалазии пищевода у детей – хирургическая коррекция. Широкое применение получила внеслизистая кардиомиотомия, сочетающаяся с эзофагокардиофуно-допликацией.

Больные с ахалазией пищевода должны находиться на диспансерном наблюдении, особенно в послеоперационном периоде. После радикального (оперативного) лечения их обследуют через 6-12 мес; больных, не получивших радикального лечения, - 3-4 раза в год.

Поскольку лечение ахалазии кардии направлено на устранение основных симптомов заболевания, но не является патогенетическим, больные должны соблюдать определенные условия труда и отдыха и периодически проходить обследование даже при отсутствии клинической картины рецидива заболевания.

(примечание: «Хирургические болезни детского возраста». Ю.Ф.Исаков. М. ГЕОТАР-МЕДИА 2006 г. Т 1. стр 223-226)

ХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА

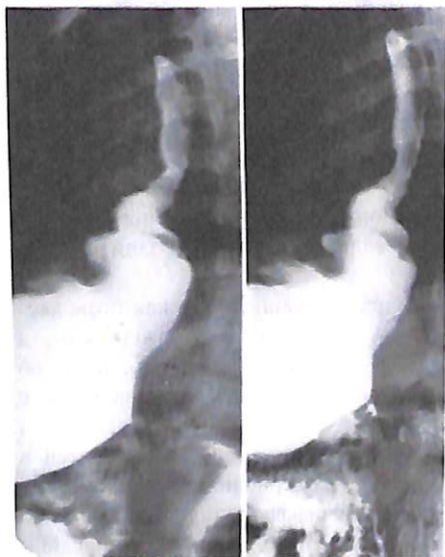


Рис. 6 На контрастном исследовании пищевода – халазия пищевода

Халазия пищевода – заболевание пищевода, обусловленное забрасыванием желудочного содержимого в пищевод вследствие функциональной несостоятельности зоны пищеводно-желудочного перехода.

Принятый большинством клиницистов Европы и Северной Америки термин “рефлюксная болезнь” отражает очень широкий спектр симптомов, связанных с дисфункцией кардии, которые могут быть следствием эзофагита, аспирационных расстройств и других проявлений.

Таким образом, халазия пищевода – это как бы один из симптомов рефлюксной болезни, имеющий,

однако, и другие аспекты, которые считаем необходимым кратко общие с ней патофизиологические осветить.

Рефлюксная болезнь в настоящее

время представляется поли-этиологическим заболеванием, хотя главным фактором является попадание кислоты или других повреждающих субстанций из желудка в пищевод.

При нормальных физиологических обстоятельствах движение желудочного содержимого в пищевод предупреждается антирефлюксным барьером (АБ), который осуществляется комплексом анатомических структур в области пищеводно-желудочного перехода. В литературе последних лет подчеркнуто значение таких компонентов, как нижний пищеводный сфинктер (НПС), острый угол Гиса, пищеводно-диафрагмальная связка (мембрана Лаймера), ножки диафрагмы, абдоминальная часть пищевода и др. следует подчеркнуть не только многокомпонентность, но и динамичность антирефлюксного барьера в связи с постоянным изменением давления в грудной и брюшной полостях.

Следовательно, халазия или функциональная недостаточность кардии, а точнее – недостаточность антирефлюксного барьера играет решающую роль в возникновении патологического желудочно-пищеводного рефлюкса. Самые разные сочетания нарушений в тех или иных компонентах антирефлюксного барьера могут быть причиной халазии или создать предпосылки для возникновения рефлюкса. Это может быть результатом снижения базового давления в нижнем пищеводном сфинктере или утраченного контроля над функцией нижнего пищеводного сфинктера, в том числе над транзиторной его

релаксацией. Такая халазия может быть результатом нарушений замыкательной функции ножек диафрагмы, играющих роль в антирефлюксном барьере при дыхании. Причины халазии в свете представленных концепций еще лучше видны при наличии скользящей или фиксированной хиатальной грыжи, когда имеется сразу несколько нарушенных компонентов: изменение угла Гиса, смещение нижнего пищеводного сфинктера в зону отрицательного давления вследствие несостоятельности пищеводно-диафрагмальной связки, уменьшение или исчезновение абдоминальной части пищевода и др.

Кроме перечисленных выше, к функциональной несостоятельности кардии могут приводить рубцовые изменения в стенке пищевода и паразофагеальной клетчатке в результате химических ожогов пищевода, а также вследствие оперативных вмешательств на соответствующих отделах пищевода и желудка.

Совершенно очевидно, что существование механизмов агрессивного воздействия на пищевод выработало в организме и механизм защиты от него для предупреждения развития рефлюкс-эзофагита. К ним относятся механизмы очищения пищевода от рефлюктанта (усиленная перистальтика пищевода, повышенная саливация), а также резистентность клеток слизистой оболочки пищевода, роль которой еще предстоит уточнить, и другие недостаточно изученные на сегодня механизмы.

Таким образом, нарушение баланса между силами агрессии и защиты в пользу первых и обуславливает возникновение рефлюкс-эзофагита.

Клиника. Наиболее характерными клиническими симптомами рефлюкс-эзофагита у детей младшего возраста являются частая рвота и срыгивания, беспокойство, ухудшение аппетита, отставание в массе тела и анемия, симптом “мокрой подушки” во время сна, наличие в рвотных массах следов крови, а в редких случаях и кровотечение. Более чем в 50% случаев отмечаются рецидивирующая пневмония, бронхиты. Дети старшего возраста могут жаловаться на изжогу, боли в эпигастральной области или за грудной, а также отмечать неприятный привкус или горечь в рту.

Нарушение проходимости пищевода в результате его стенозирования из-за рубцового процесса на почве язвенного эзофагита сопровождается симптомами дисфагии, пищеводной рвотой, более быстрой потерей массы тела.

Наличие перечисленных симптомов дает серьезные основания заподозрить у ребенка гастроэзофагеальный рефлюкс и провести дополнительные исследования с целью уточнения диагноза.

Диагностика. Наиболее распространенными и информативными методами исследования в педиатрической практике, позволяющими нередко подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса, а в ряде случаев уточнить его причину, являются рентгенологический и эндоскопический.

Рентгенологическое исследование с контрастным веществом (бария сульфат) выполняют в положении пациента лежа (Рис. 6). При этом могут быть обнаружены следующие рентгенологические признаки несостоятельности кардии: заброс бариевой взвеси из желудка в пищевод, увеличение угла Гиса, колбовидное расширение части желудка, расположенной над диафрагмой,

наличие продольных складок слизистой оболочки желудка в терминальном отделе пищевода. В тех случаях, когда обычное исследование не выявляет указанных признаков, могут быть использованы провоцирующие приемы (положение Тренделенбурга, питье воды во время исследования, а также умеренная компрессия на желудок), которые в ряде случаев помогают обнаружить рефлюкс. При наличии рубцового пептического стеноза рентгенологическое исследование пищевода с контрастным веществом позволяет определить его уровень и протяженность. Эндоскопическое исследование, выполняемое гибкими эндоскопами, дает возможность обнаружить эзофагит и определить его характер, а также выявить зияние кардии или смещение Z-линии выше пищеводного отверстия диафрагмы. Следует отметить, что визуальная оценка слизистой оболочки пищевода не всегда является объективной. Так, при отсутствии видимых воспалительных изменений биопсия и последующее гистологическое исследование могут подтвердить наличие воспалительных изменений в слизистой оболочке пищевода, а также уточнить характер метаплазии. Весьма перспективным в диагностике является пролонгированная рН-метрия, которая точно указывает на частоту забрасывания желудочного содержимого в пищевод в течение суток.

Лечение. Принцип консервативной терапии при наличии желудочно-пищеводного рефлюкса является единым для всех возрастных групп и не зависит от причин недостаточности кардии. Лечение направлено главным образом на создание условий, способствующих предупреждению заброса содержимого желудка в пищевод и трахею, а также устранение или уменьшение воспалительных изменений в пищеводе.

В консервативной терапии выделяют немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. К первым относятся варианты постуральной терапии и диетотерапии. Вооружить врача общей практики знаниями, обучить стандартным умениям в указанной профессиональной сфере, научить навыкам работы с пациентом, его родными и близкими обучить рациональной тактике при решении медицинских и социальных проблем можно лишь нетрадиционным, активным, проблемным обучением, выбирая адекватные целям и задачам методики. С этой целью предлагается проводить деловые игры, решение ситуационных задач.

(примечание: «Хирургические болезни детского возраста». Ю.Ф.Исаков. М. ГЕОТАР-МЕДИА 2006 г. Т 1. стр 226-237).

1. Курация больных по теме – 15 минут
2. Участие в перевязочной и операционной – 20 минут;
3. Выполнение практических навыков – 15 минут:

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

ПРОБА ЭЛЕФАНТА

- показания: подозрение на атрезию пищевода;
- проверить готовность необходимых инструментов и лекарственных препаратов: стерильные салфетки, шарики, спирт, тонкий уретральный катетер с закругленным концом, шприц 20,0мл;
- руки промываются под проточной водой с мылом, вытираются полотенцем, обрабатываются спиртом;
- укладывают больного на смотровом столе лежа на спину;
- левой рукой фиксируют голову ребенка, правой рукой катетер вводится через нос;
- пройдя через носоглотку, ротоглотку на глубину 6-8см. катетер упирается в слепой конец пищевода;
- производят отсасывание слизи;
- воздух, введенный в слепой конец пищевода через катетер с помощью шприца, с шумом выделяется из носоглотки, что свидетельствует о положительном симптоме «Элефанта»;
- катетер медленно извлекается из носа.

ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

- проверить готовность необходимых инструментов и лекарственных препаратов - стерильные салфетки, шарики, спирт, желудочный зонд;
- руки промываются под проточной водой с мылом, вытирается полотенцем, обрабатывается спиртом;
- укладывают больного на смотровом столе лежа на спину;
- измеряется необходимая длина желудочного зонда-от кончика носа до мечевидного отростка;
- левой рукой фиксировать голову ребенка, правой рукой катетер медленно вводится через нос, желательнее через левую носовую ноздрю;
- пройдя через носоглотку, ротоглотку, пищевод на ранее определенной длине конец катетера попадает в желудок;
- по катетеру начинает выделяться желудочное содержимое;
- катетер медленно извлекают из носа.

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Показания:

1. с лечебной целью;
2. с диагностической целью;
3. удаление из желудка недоброкачественной пищи, попавших в организм ребенка ядохимикатов, лекарственных средств, токсинов бактериального и растительного происхождения.

Подготовка:

- расскажите родителям ребенка о предстоящей манипуляции.

Необходимые условия, инструменты и медикаменты:

1. манипуляционная комната;
2. кушетка или стол для пеленания новорожденных;
3. промывной раствор (вода, 2 % раствор бикарбоната натрия или светлорозовый раствор перманганата калия комнатной температуры, по показаниям растворы антидотов);
4. толстый зонд длиной 70—100 см и диаметром 10—12 мм (для детей старшего возраста), тонкий зонд диаметром 3—5 мм (для детей раннего возраста);
5. стеклянный шприц (20 гр.);
6. воронка;
7. таз;
8. вазелиновое масло;
9. для определения длины зонда, вводимого в желудок, можно воспользоваться ориентиром, измерив расстояние от переносицы до пупка. Более точно расстояние от зубов до входа в желудок можно рассчитать по формуле: $20 + n$, где n — возраст ребенка.

Техника выполнения (соблюдаются правила асептики):

1. Положение детей во время промывания желудка (детей младшего или грудного возраста чаще всего укладывают на бок со слегка повернутым вниз лицом, ребенка дошкольного возраста медицинская сестра или ее помощник берет на руки, обертывает его простыней или пеленкой, ноги ребенка плотно зажимают между своих ног, прижимают его голову к плечу).
2. Проверить проходимость зонда с раствором.
3. Смазывать конец катетера в вазелиновом масле.
4. Взять зонд в правую руку, попросить ребенка открыть рот или раскрыть его шпателем и быстрым движением ввести зонд за корень языка (для ребенка дошкольного и школьного возраста).
5. Попросить ребенка сделать несколько глотательных движений, во время которых медицинская сестра без насильственных движений продвигает зонд по пищеводу до предварительно сделанной отметки.
6. Подтверждением того, что зонд находится в желудке, является прекращение рвотных движений, а также введение воздуха со шприцом и выслушивание фонендоскопом над желудком продувания воздуха.
7. Детей старшего возраста для промывания желудка усаживают на стул, грудь закрывают клеенчатым фартуком или простыней (пеленкой).
8. После введения зонда в желудок к наружному концу его присоединяют стеклянную воронку вместимостью около 500 мл и наполняют приготовленной для промывания жидкостью. Используя принцип сифона, воронку поднимают вверх и вводят жидкость в желудок.
9. Детям раннего возраста промывание желудка можно проводить при помощи 20-граммового шприца.

10. После окончания процедуры снимают воронку и быстрым движением извлекают зонд.

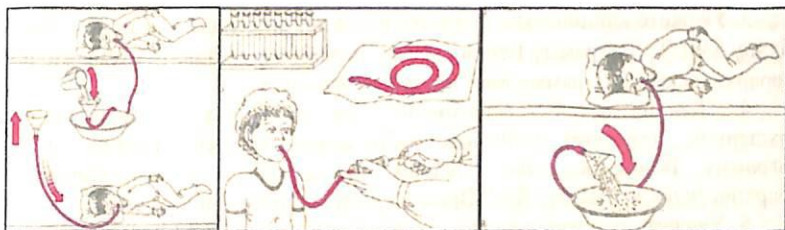


Рис. 7 Схема промывания желудка

IV. Перерыв – 15 минут (11.50-12.05).

V. Практическое занятие (2 часть) – 1 час (12.05-13.05):

1. Во время занятий использование электронных учебников, видео и фотоматериалов– 20 минут;
2. УММ- 40 минут

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

Приложение 1

Правила работы в группах

Член каждой группы

- Уважение мысли своих товарищей;
- Активное и совместное участие в заданиях, проявление ответственности к выполнению задания;
- Могут просить помощи при необходимости у товарищей;
- Помогать своим товарищам в группе;
- Участвовать в проведении оценки группы;
- Должны знать правила «В одной лодке общая судьба - спастись или утонуть»

Структурируйте ответы к вопросам.

1. что входит в субъективные исследования?
2. Лабораторные и инструментальные исследования.

Дать следующие понятия: Гипотрофия, рвота, цианоз, одышка, регургитация, боль, кровотечение.

Приложение 2

Задания для групп

1. Укажите 5 видов атрезии пищевода? Составить кластер, таблицу SWOT, диаграмму Венна к слову рвота и составить схемы Почему? и иерархическую диаграмму Как? Атрезии пищевода.

2. Клинические признаки атрезии пищевода. Составить кластер, таблицу SWOT, диаграмму Венна к слову цианоз и составить схемы Почему? и иерархическую диаграмму Как? Ахалазии пищевода.

3. Укажите клинические признаки ахалазии пищевода. Составить кластер, таблицу SWOT, диаграмму Венна к слову дисфагия и составить схемы Почему? и иерархическую диаграмму Как? Халазии пищевода.

4. Какой метод оперативного вмешательства применяется при врожденном коротком пищеводе? Составить кластер, таблицу SWOT, диаграмму Венна к слову "habitus" и составить схемы Почему? и иерархическую диаграмму Как? Врожденного короткого пищевода.

5. Укажите основные симптомы ахалазии пищевода? Составить кластер, таблицу SWOT, диаграмму Венна к слову регургитация и составить схемы Почему? и иерархическую диаграмму Как? Трахео-пищеводного свища

Диагностическая карта технологии обучения на учебном занятии

Показатели оценки - критерий проявлялся на учебном занятии:

Группа	1 задание	2 задание	3 задание: (за каждый вопрос 0,2 балла)			Сумма баллов
	(1,0)	(1,4)	1-вопрос	2-вопрос	3-вопрос	
1						
2						

ТАБЛИЦА3/Х/У - Студенты отвечают на вопросы «что вы уже знаете по данной теме?» и «что вы хотите узнать?»; Позволяет провести исследовательскую работу по тексту, теме, разделу

Понятие	Знаю "+", не знаю "-"	узнал "+", не смог узнать "-"
Бинарная номенклатура:		
Этиология		
Патогенез		
Клиника		
Деонтология		
Симптом		
Синдром		
Заболевание		
История болезни		
Амбулаторная карта		
Генетика		
Инфекция		

Диагноз		
Инструментальное исследование больных:		
Термометр		
Фонендоскоп		
Танометр		
Йодолипол, сульфат бария		
Назогастральный зонд		
Пальпация		
Перкуссия		
Аускультация		
Анамнез		
Осмотр		
Общий анализ крови, биохимия крови		
Общий анализ мочи		
ЭКГ		
ФКГ		
ЭхоКГ		
Рентгенография грудной клетки		

ТАБЛИЦА ИНСЕРТ

Таблица инсерт: а) обеспечивает систематизацию информации, полученной во время самостоятельного чтения, прослушивания лекции; подтверждение, уточнение, отклонение, отслеживание понимания получаемой информации б) способствует формированию способности увязывать ранее освоенную информацию с новой

Правила составления таблицы ИНСЕРТ:

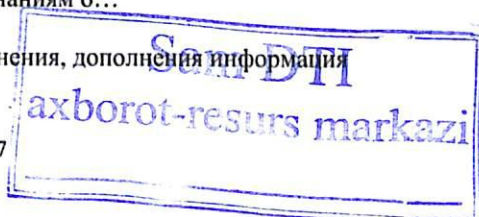
Понятия	V	+	-	?
Пороки развития и аномалия пищевода (атрезия, трахео-пищеводные свищи, врожденный короткий пищевод, халазия, ахалазия пищевода) клиника, диагностика, лечение, осложнения, послеоперационная реабилитация				
Место в медицине				
Основная задача предмета				
Виды заболевания				
Последовательность изучения предмета				
Пособия обучения				

Где: V –соответствует имеющимся знаниям (информации) о...

- противоречит имеющимся знаниям о...

+ -является новой информацией

? –непонятная или требующая уточнения, дополнения информация

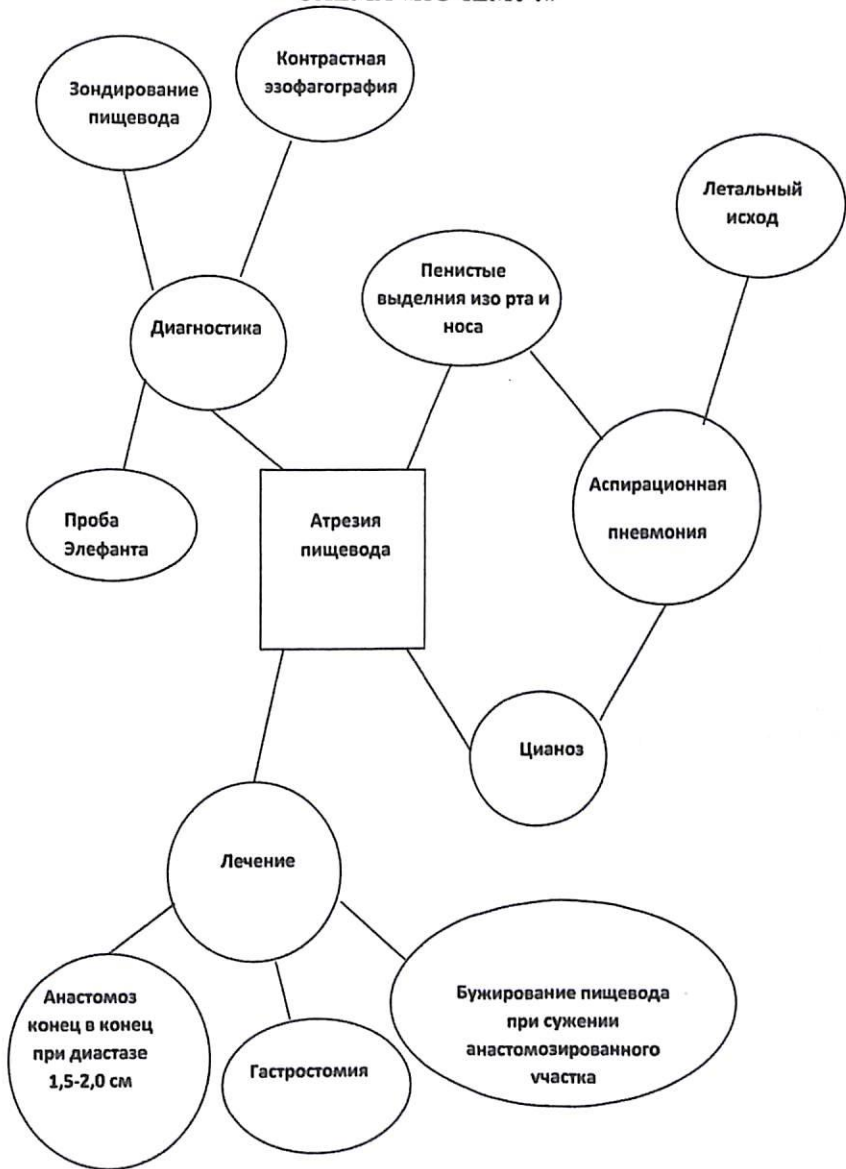


КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

- обеспечивает сравнение изучаемых явлений, понятий, взглядов, тем.
- по вертикали располагается то, что подлежит сравнению (взгляды, теории)
- по горизонтали – различные характеристики, по которым проводятся сравнение

По вертикали – сравнения с заболеваниями (теории) располагаются	По горизонтали – располагаются различные признаки или симптомы заболевания. (рекомендации, категории, различные знаки и др.)						
	Рвота	Цианоз	Одышка	кашель	Аускультация	перкуссия	Гипотрофия
Атрезия	Пенистое	Во время аспирации	В результате пневмонии	Во время аспирации	Влажные хрипы	Притупление	Встречается
Ахалазия	Регургитация	Не наблюдается	Не наблюдается	Не наблюдается	Не наблюдается	Не наблюдается	Встречается
Халазия	Переваренной пищей	Возможно	Возможно	Возможно	Влажные хрипы	Притупление	Не встречается
Короткий врожденный пищевод	Переваренной пищей	-	-	-	Без изменений	Везикулярное	Не встречается
Трахеопищеводный свищ	-	Встречается	Встречается	Встречается	Влажные хрипы	Притупление	Не встречается

СХЕМА «ПОЧЕМУ?»



Примечание: смотреть 2-приложение.

Рис. 8 Алгоритм диагностики и лечения атрезии пищевода

SWOT

(домашнее задание или СРС: для творческого мышления после лекций или практических занятий)

SWOT – анализ полученных знаний, начальные буквы английского алфавита:

Strengths – сильная сторона;

Weakness – слабая сторона;

Opportunities – возможности;

Threats – тревожные стороны заболевания

Аналитическая таблица - SWOT

S	W
O	T

Примечание: смотреть 2-приложение.

КЛАСТЕР (Пучок, связка)

Способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого-либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

Технология составления кластера:

В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2-х слов. По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой.

Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть малые спутники и т.д. Запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Это целая цепочка рассуждений по выявлению исходной причины проблемы.

Развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление. Знакомятся с правилами построения схемы «Почему?»

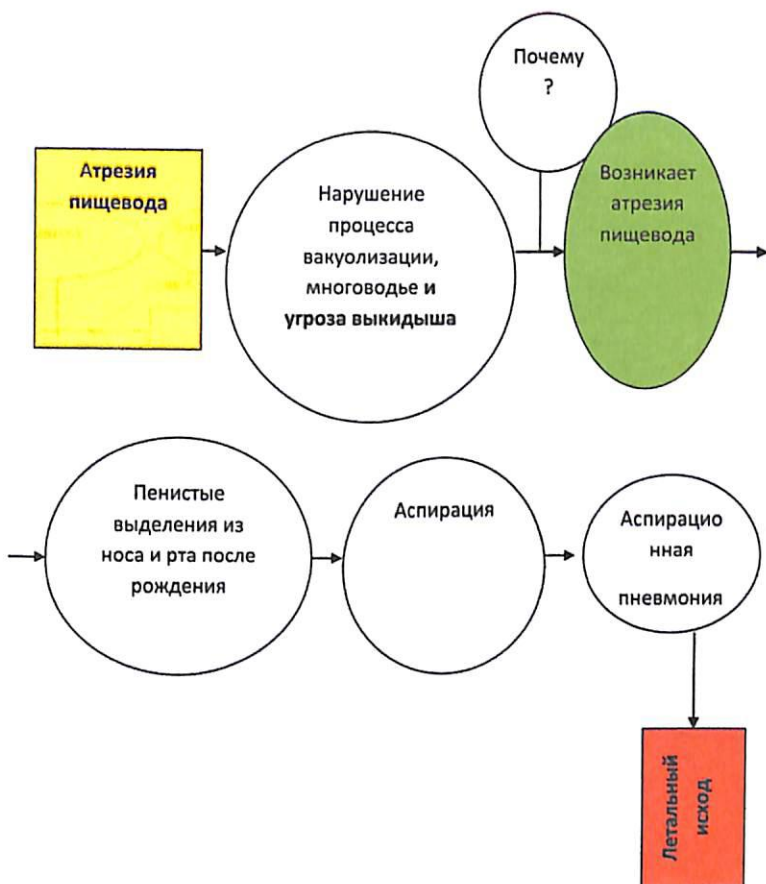
Индивидуально в парах формулируют проблему. Рисуют стрелку с вопросом «Почему»? И пишут ответ на этот вопрос. Этот процесс продолжается до тех пор, пока не будет установлена исходная (но скрытая) причина проблемы. Объединяются в мини-группы, сравнивают и дополняют свои схемы. Сводят в общую. Презентация результатов.

ПРАВИЛА ПОСТРОЕНИЯ ДИАГРАММЫ «КАК?»

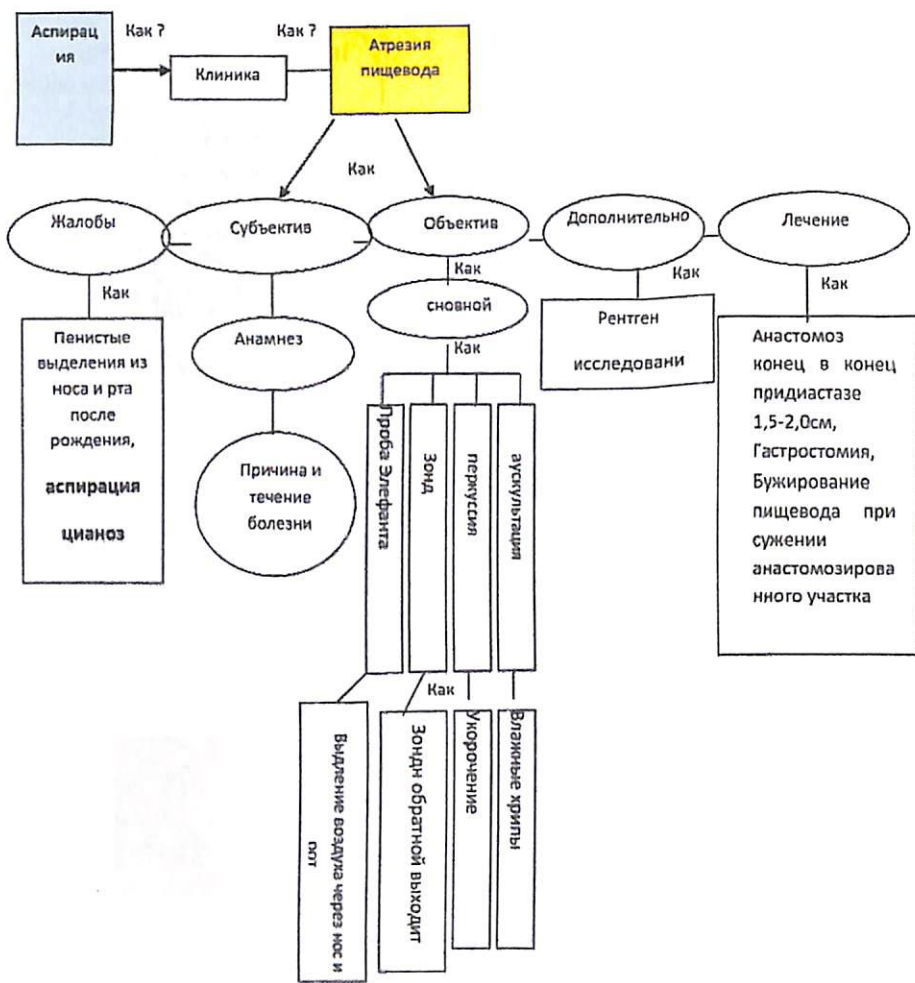
При решении проблемы в большинстве случаев вам не нужно задумываться о том, «Что делать?».

Проблема обычно заключается в том, что «Как это сделать?». «Как?» - основной вопрос, который возникает при ее решении.

Последовательная постановка вопросов «как?» позволяет: Исследовать не только все имеющиеся возможности решения проблемы, но и способы их осуществления;



Примечание: смотреть 2-приложение



Примечание: смотреть 2-приложение

ДИАГРАММА ВЕННА

Используется для сравнения или сопоставления или противопоставления 2-х – 3-х аспектов и показа их черт



СХЕМА «РЫБИЙ СКЕЛЕТ»



Примечание: смотреть 2-приложение

Позволяет описать целый круг (поле) проблемы и попытаться решить её. Развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое, аналитическое мышление. Знакомится с правилами построения схемы.

Индивидуально в парах записывают на верхней «косточке» формулировку подпроблем, а на нижней – факты, подтверждающие, что данные подпроблемы существуют. Объединяются в мини-группы, сравнивают и дополняют свои схемы. Сводят в общую схему. Презентация результатов: презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем, их комплексный характер.

3. Обучение интерактивными методами обучения (игры), ситуационные задачи и тесты – 20 минут;

Внедрение новых технологий обучения в виде интерактивных форм, одним из которых является конкурс «КОТ В МЕШКЕ», в детской хирургии является необходимым условием усвоения тематического материала, приобретения студентами специальных знаний.

Данный метод способствует расширению стереотипа мышления, абстрагировать от существующих ограничений, развивать динамичность мыслительной деятельности, интенсифицировать учебную деятельность. Ценность его заключается в отработывании и закреплении новой учебной информации, обобщении знаний по какому-то завершённому разделу или как способ проведения одного из этапов промежуточного контроля.

Преподаватель заблаговременно готовит карточки с вариантами заданий в специальный мешочек. Участники этого конкурса наугад вытягивают карточки. Ответы на вопросы выполняют письменно. Работы студентов проверяют консультанты. В конце занятия консультанты объявляют количество баллов, полученных студентами, и называют лучших, получивших наибольшее количество баллов.

Метод «круглого стола» относится к методам активного обучения студентов в группах. Для работы по данному методу необходимо в группе установить атмосферу доверия, преодолеть психологическое напряжение как помеху открытому обсуждению и наметить время работы, которое по длительности не должно быть продолжительным, приводящим к рассеиванию внимания обучающегося. Этот метод можно применить в письменной или устной форме.

По кругу пускается лист бумаги с заданием, каждый студент записывает свой вариант ответа и передаст лист другому, или всей группе в устном порядке задаётся один вопрос на всех, на который каждый студент отвечает в письменном порядке, и вопросы будут задаваться каждые 30 секунд, за которые студенты должны управиться. По такой схеме каждой группе студентов задаются по очереди 5 вопросов. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных ответов – оценивают знания студента. Ответы будут оцениваться по 3 бальной системе, т.е. за полный ответ – 3 балла, за неполный ответ – 1 балл, и за неправильный ответ – 0 баллов.

Метод «трехступенчатого интервью» относится к методам активного обучения студентов в малых группах. Для работы по данному методу необходимо сформировать группы по 3 человека, установить атмосферу доверия, преодолеть психологическое напряжение как помеху открытому обсуждению и наметить время работы, которое по длительности не должно быть продолжительным, приводящим к рассеиванию внимания обучающегося.

В каждой группе распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт – ВОП». Роль «эксперта – ВОП» может исполнять студент или преподаватель, дающий оценку происходящему. «Больным» анонимно сообщается название

хирургического заболевания, симптоматику которого они должны рассказать в открытом повествовании или же в письменной форме. “Врач” по предоставленным данным (жалобы больного, симптомы заболевания, некоторые данные анамнеза) должен поставить правильный диагноз с кратким его обоснованием, “эксперт – ВОП” – оценить правильность их действий. Оценка действий участников группы записывается в три раздела:

- 1). что сделано правильно;
- 2). что сделано неправильно;
- 3). как надо было сделать.

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками обучения. Другой вариант – студенты выступают в роли экспертов на реальной консультации врача и больного в поликлинике, обсуждение проводится всей группой и педагогом.

Данный метод объединяет способность расширять стереотип мышления, абстрагировать от существующих ограничений, развивать динамичность мыслительной деятельности, интенсифицировать учебную деятельность. Ценность его заключается в отработывании и закреплении новой учебной информации.

«СНЕЖКОВ». Две группы студентов совместно обсуждают одну проблему или ситуацию с целью набора наибольшего числа правильных ответов. Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Группе получившей наибольшее число баллов, ставят отличные оценки.

Интерактивная игра «Слабое звено» проводится следующим образом. Ответственный ассистент по проведению игры заготавливает по 30-50 вопросов по каждой теме. Вопросы должны быть короткими, конкретными и предполагать ответ в течение 5-15 секунд. Студенты одной группы строятся в ряд полукругом по списку, ассистент группы со списком садится рядом для регистрации баллов. Ассистент ответственный по проведению игры знакомит участников с ее условиями, согласно которым, студент должен начать отвечать на вопрос в течение 3-х секунд, на полный ответ дается до 10 секунд, при условии, если ответ правильный. В случае отсутствия или неправильного ответа ассистент задает следующий вопрос другому участнику, таким образом, по очереди опрашиваются все студенты – это так называемый первый круг. Желательно для каждого круга вопросы готовить по одной тематике, тогда количество кругов будет зависеть от количества тем по которым, требуется провести опрос. Например, первый круг вопросов по теме «Острый аппендицит», второй по теме «Закрытые травмы живота» и т.д. Ответ на каждый вопрос оценивается по 3-х бальной системе, как правильный полный – 3 балла, правильный неполный – 2 балла, неправильный – 0 баллов. В конце баллы суммируются, выводится средний балл и оглашается студентам.

ВОПРОСЫ ИНТЕРАКТИВНЫХ ИГР:

1. Укажите 5 видов атрезии пищевода у детей

Отв. Верхний отрезок кончается слепо, а нижний сообщается с трахеей, верхний отрезок сообщается с трахеей, а нижний кончается слепо, оба отрезка кончаются слепо, оба отрезка сообщаются с трахеей.

2. Укажите ведущий клинический признак атрезии пищевода.

Отв. Пеннистое выделение изо рта и носа

3. Перечислите диагностические мероприятия при атрезии пищевода

Отв. зондирование пищевода, рентгенологическое исследование

4. Как называется метод введения воздуха через катетер в пищевод, при котором воздух выходит из носа или рта с шумом?

Отв. симптом Элефанта

5. При каком размере диастаза накладывают прямой анастомоз При атрезии пищевода?

Отв. Менше 1,5x2,0см

6. Как называется порок развития, при котором дистальный отдел пищевода на большем или меньшем протяжении выстлан слизистой оболочкой желудка?

Отв. Врожденный короткий пищевод

7. Укажите основные исследования, проводимые при врожденном коротком пищеводе.

Отв. Контрастная рентгенография, эзофагоскопия

8. Как называется нарушение проходимости кардиального отдела пищевода, не связанная с наличием в этой области органического препятствия?

Отв. Ахалазия пищевода

9. Укажите 2 главных клинических симптома, при ахалазии пищевода.

Отв. Регургитация и дисфагия

10. При каком заболевании отмечается рвота, которая возникает с первых дней жизни и отмечается вскоре после кормления, чаще в положении лёжа, при крике, плаче.

Отв. Халазия пищевода

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Если у пищевода оба конца заканчиваются слепыми, какие признаки обнаруживаются при обзорной рентгенографии?

1. Многочисленные мелкие чаши Клойбера

2. Две большие чаши Клойбера

3. Наличие немой зоны в брюшной области

4. Пневматоз кишечника

5. Наличие обильных газов в области желудка

2. Рентгенологическая картина при верхнем пищеводно-трахеальном свище атрезии пищевода?

1. Многочисленные мелкие чаши Клойбера

2. Две большие чаши Клойбера

3. Наличие немой зоны в брюшной области

4. Пневматоз кишечника

5. Наличие обильных газов в области желудка

3. Рентгенологическая картина при низком пищеводно-трахеальном свище атрезии пищевода?
 1. Многочисленные мелкие чаши Клойбера
 2. Две большие чаши Клойбера
 3. Наличие немой зоны в брюшной области
 4. Пневматоз кишечника
 5. Наличие обильных газов в области желудка

4. Какой метод исследования считается самым достоверным при атрезии пищевода у новорожденных?
 1. Объективное исследование
 2. Рентгено - контрастное исследование
 3. Лабораторное исследование
 4. Ультразвуковое исследование
 5. Обзорная рентгенография грудной клетки

5. При каком заболевании в рвотной массе имеется желудочное содержимое?
 1. Ахалазия пищевода
 2. Халазия пищевода
 3. Рвота с рождения
 4. Врождённый стеноз пищевода
 5. Рубцовый стеноз пищевода

6. Какой признак считается самым важным и ранним при атрезии пищевода?
 1. Кашель
 2. Цианоз
 3. Рвота с момента рождения
 4. Пенистые выделения из рта и носа
 5. Повышение температуры тела

7. Какие признаки обнаруживаются при халазии пищевода?
 1. Фонтанообразная рвота
 2. Наличие постоянной боли и припухлость в эпигастральной области
 3. Рвота при плаче, беспокойстве в горизонтальном положении
 4. Регургитация неизменённой пищи
 5. Рвота с примесью крови

8. При контрастном рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга возврат контрастного вещества в пищевод доказывает какое заболевание?
 1. Врождённый короткий пищевод
 2. Ахалазия пищевода
 3. Халазия пищевода
 4. Пилоростеноз

5. Врождённый стеноз пищевода

9. Характер рвоты при ахалазии пищевода?

1. Многократная рвота с примесью желчи
2. Многократная рвота с примесью крови
3. Рвота при плаче и беспокойствии
4. Регургитация неизменённой пищи
5. Фонтанообразная рвота

10. От какого фактора зависит проявление кишечных признаков при врождённом стенозе пищевода?

1. Анатомическое расположение суженного места
2. Длина суженного места
3. Степень сужения
4. Сопутствующие заболевания
5. Возраст ребёнка

11. При рентгеноконтрастном исследовании ахалазии пищевода какое положение считается правильным?

1. Положение стоя
2. Положение сидя
3. Положение на спине
4. Положение Тренделенбурга
5. Положение на боку

12. Что обозначает наличие воздуха в кишечнике на обзорной рентгенографии брюшной полости при атрезии пищевода у новорожденных?

1. Бессвищевая форма атрезии пищевода
2. Наличие верхнего пищеводно-трахеального свища
3. Наличие нижнего пищеводно-трахеального свища
4. Агенезия пищевода
5. Аплазия пищевода

13. Какое положение считается правильным при транспортировке новорождённых, у которых имеется нижний пищеводно-трахеальный свищ?

1. С правой стороны
2. С левой стороны
3. В вертикальном положении
4. В горизонтальном положении
5. Положение больного не имеет значения

14. При атрезии пищевода, до какого расстояния между сегментами можно проводить операцию?

1. до 0,5 см
2. до 1,0 см

3. до 1,5 см
4. до 2,0 см
5. до 2,5 см

15. Какие осложнения являются самыми тяжёлыми при атрезии пищевода?

1. Деструктивная пневмония
2. Кишечная непроходимость
3. Сердечно-сосудистая недостаточность
4. Аспирационная пневмония
5. Кровотечение из ЖКТ

16. Оптимальный метод лечения при врождённом стенозе пищевода?

1. применение спазмолитиков
2. оперативное
3. бужирование
4. ваготомиа
5. лазеротерапия

17. В каком месте нарушается проходимость при атрезии пищевода?

1. в кардиальной части
2. 1-ое физиологическое сужение
3. 2-ое физиологическое сужение
4. 1-ое и 2-ое физиологическое сужение
5. во всех частях пищевода

18. Какой врождённый порок пищевода встречается часто?

1. отдельный пищеводно-трахеальный свищ
2. аплазия пищевода
3. бессвищевая форма атрезии пищевода
4. нижний пищеводно – трахеальный свищ
5. верхний пищеводно-трахеальный свищ

19. Какой метод исследования нельзя проводить при атрезии пищевода?

1. контрастная рентгенография
2. эзофагоскопия
3. рентгенография при наложении резинового катетера в пищевод
4. трахеобронхоскопия
5. наложив резиновый катетер, введение воздуха

20. Что мы обнаружим если контрастное вещество введено выше атрезии пищевода?

1. длинная атрезия пищевода
2. виды атрезии пищевода
3. воспалительные признаки в лёгких
4. ширина пищеводно-трахеального свища

5. обнаружение воздуха в кишечнике, котором имеется нижний пищеводно-трахеальный свищ
21. Какие мероприятия считаются необязательными у больных с атрезией пищевода при назначении хирургического стационара?
1. рекомендация викосала
 2. введение антибиотиков
 3. положить новорожденного в транспортировочный кувез
 4. собрать кал
 5. наложить резиновую трубку на верхний сегмент для предупреждения слюновой аспирации
22. Если подозревается атрезия пищевода, то какой метод считается самым достоверным и простым?
1. контрастная рентгенография пищевода
 2. введение зонда в желудок
 3. рентгенографический обзор брюшной полости
 4. эзофагоскопия
 5. ультразвуковое исследование грудной клетки
23. Что вводят через зонд для проведения пробы элфанта?
1. воздух
 2. вода
 3. контрастное вещество
 4. антисептический раствор
 5. перекись водорода
24. Укажите причину вызывающую атрезия пищевода?
1. нарушение кровоснабжения пищевода в эмбриональном периоде
 2. нарушение обнаружения первичной трубки пищевода
 3. нарушение процесса вакуолизации
 4. нарушение проявления соседнего органа
 5. неправильные роды
25. Какое контрастное вещество используется для проведения контрастного исследования?
1. барий сульфат
 2. стодомепол
 3. йодолипол
 4. бриллиантовый зелёный
 5. синий метилен
26. Какой фактор не имеет значения для появления клинических признаков при химическом ожоге пищевода?
1. вид химического вещества

2. концентрация химического вещества
 3. время суток
 4. срок действия
 5. количество вещества
27. Часто встречающийся вид атрезии пищевода?
1. оба конца заканчиваются слепо
 2. верхний конец заканчивается слепо, а в нижнем имеется трахеальный свищ
 3. оба конца открываются в трахею
 4. пищевод открывается в трахею и оба образуют одну стенку
 5. верхний конец открыт в трахею, а нижний слепой
28. из чего формируется пищевод в эмбриональном периоде?
1. из тканей лёгких
 2. из краниальной части прямой кишки
 3. из средней кишки
 4. из ткани верхних дыхательных путей
 5. из медиастенальных сосудов
29. Через сколько дней разрешается проводить диагностическую эзофагоскопию при подозрении на ожог пищевода?
1. 1-2 дня
 2. 3-4 дня
 3. 5-6 дней
 4. 10 дней
 5. 12 дней
30. Если новорождённый после первого кормления вырывает, что мы должны сделать, чтобы исключить атрезию пищевода?
1. контрастное исследование кишечника
 2. аускультация брюшной полости
 3. повторное кормление ребёнка в вертикальном положении
 4. обзорная рентгенография грудной клетки
 5. введение зонда в желудок

Ответы

На тестовые вопросы

1 - 3	6 - 4	11 - 4	16 - 3	21 - 4	26 - 3
2 - 5	7 - 4	12 - 3	17 - 4	22 - 1	27 - 2
3 - 4	8 - 3	13 - 5	18 - 4	23 - 1	28 - 2
4 - 2	9 - 2	14 - 4	19 - 4	24 - 3	29 - 3
5 - 4	10 - 1	15 - 4	20 - 2	25 - 3	30 - 5

ЛИТЕРАТУРА

1. Лёнюшкин А.И. Детская колопроктология. – М., 1990. – 351 с.
2. Ашкрафт К.У, Холдер Т.Н. Детская хирургия: в 3-х томах. – М., 1997. – 400 с.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. - Санкт-Петербург, 1997. – 462 с.
4. Баиров Г.А. Хирургия пороков развития у детей. – Л., 1988. – 514 с.
5. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология. – М., 1988. – 385 с.
6. Исаков Ю. Ф., Разумовский А. Ю. Детская хирургия: учебник/под ред. Ю.Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 1008.
7. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. - М., 2004. - 578 с.
8. Исаков Ю.Ф. Руководство по торакальной хирургии детей. – М., 1978. - 628 с.
9. Исаков Ю. Ф., Разумовский А. Ю. Детская хирургия: учебник/под ред. Ю.Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 1040.
10. Кудрявцев В.А. Детская хирургия в лекциях. - Архангельск, 2000. - 468 с.
11. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. – М., 1986. - 496 с.
12. Разин М.П. Детская хирургия: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – С. 688.
13. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Кобзырева Т. Н. Детская хирургия. – М., 2016. - С.670.
14. Сулаймонов А.С, Шамсиев А.М, Алиев М.М. Болалар хирургияси. – Ташкент, 2000. - 520 с.
15. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Лёнюшкин В.И. Хирургические болезни детского возраста. - Ташкент, 2001. – 222 с.

Босишга рухсат берилди. 23.02.2022й. Қоғоз бичими 62/84 1/16.
Босма тобоғи 2. Адади 100 нусха. буютма № 20
“Timofeyeva S.S.” ЯТГда чоп қилинди.
Самарқанд ш. А.Жомий кўчаси 72 уй.

