

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 21.10.2023 14:42:02
Уникальный программный идентификатор:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bdfcf836

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ:
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

Код, направление подготовки	31.08.16 Детская хирургия
Направленность (профиль)	Детская хирургия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Хирургических болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Примерные контрольные вопросы:

1. Внутрипросветная эндоскопия в хирургии и урологии у детей;
2. Торакоскопические операции при заболеваниях и пороках развития органов средостения у детей;
3. Торакоскопические операции при заболеваниях и пороках развития легких у детей;
4. Торакоскопические операции при диафрагмальной грыже у детей;
5. Лапароскопические операции при заболеваниях абдоминального отдела пищевода, желудка и ДПК у детей;
6. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития кишечника у детей;
7. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития селезенки, печени и желчевыводящих путей у детей;
8. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития орагнов малого таза у девочек;
9. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции при урологических заболеваниях и пороках развития почек и мочевыводящих путей у детей.

Примерные темы рефератов:

1. История развития эндоскопической хирургии.
2. Методы эндоскопического обследования и основные принципы применения эндовидеоскопии в хирургии у детей.
3. Особенности оперативной техники при проведении оперативного вмешательства с использованием эндовидеоскопии.
4. Наиболее частые осложнения при применении эндоскопических методов обследования и лечения у детей.
5. Эндоскопическая хирургия в детской онкологии.

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ЗАЧЕТА

Примерные тестовые задания к зачёту:

1. Сколько степеней включает в себя эндоскопическая классификация Zargar S.A при химическом ожоге пищевода?
 - a. 5
 - b. 6
 - c. 7
 - d. 8
2. Fl a согласно эндоскопической классификации источника язвенного кровотечения по Форрест характеризуется:
 - a. продолжающееся струйное аррозивное кровотечение, нередко пульсирующее
 - b. продолжающееся кровотечение, в виде диффузного просачивания/подтекания крови
 - c. в дне язвы определяется обнаженный (отчетливо видимый) крупный тромбированный сосуд, как правило, в виде серовато-розового столбика
3. При проведении диагностической лапароскопии, у ребёнка 8 лет, выявлен плотный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:
 - a. разделение инфильтрата и аппендэктомия
 - b. проведение курса антибактериальной терапии

- с. лапаротомия, резекция конгломерата в пределах здоровых отделов кишечника
4. Эндоскопические критерии эзофагита не включают в себя:
 - а. гиперемия слизистой оболочки пищевода
 - б. полип
 - с. эрозии
 - д. язвы
5. Варикозное расширение вен желудка обычно определяется:
 - а. кардиальный отдел на малой кривизне
 - б. на дне желудка
 - с. на большой кривизне желудка, ближе к пилорическому отделу
6. 1 степень трёхступенчатой классификации варикозного расширения вен пищевода:
 - а. минимальное расширение вен над поверхностью слизистой оболочки (не более 5 мм)
 - б. расширенные вены занимают менее трети просвета пищевода (от 5 до 10 мм)
 - с. расширенные вены занимают более трети просвета пищевода (более 10 мм)
7. Эндоскопические признаки кардиоспазма включают:
 - а. спазм кардии
 - б. расширение пищевода
 - с. гастроэзофагельный рефлюкс
 - д. пищевод хорошо расправляется при инсуффляции воздухом
8. Поздние осложнения ожога пищевода:
 - а. перфорация
 - б. стеноз
 - с. малигнизация
 - д. свищ
9. Прямые эндоскопические признаки острого флегмонозного аппендицита:
 - а. гиперемия аппендикса
 - б. отёчный, плотный аппендикс
 - с. рыхлые спайки между аппендиксом и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки
 - д. гнойный экссудат в полости малого таза
10. Эндоскопическими признаками гидросальпингса являются:
 - а. маточные трубы в ампулярных отделах расширены
 - б. фимбрии маточных труб не прослеживаются
 - с. серый цвет расширенной части маточной трубы
 - д. серозная оболочка маточной трубы в зоне расширения выражено инъецирована

Ответы на тестовые задания:

№ вопроса	Ответ
1.	В
2.	А
3.	Б
4.	Б
5.	А
6.	А
7.	А,Б,Г
8.	Б,В,Г
9.	А,Б,В
10.	Г

Примерные задачи к зачёту:

1. Задача №1

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребенок 29 суток жизни. Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на наличие рвоты «фонтаном» после каждого кормления

Anamnesis morbi: с первых дней жизни ребёнка, мама отмечает эпизодические срыгивания небольшими порциями съеденной пищи. Несколько дней назад рвота стала обильной, «фонтаном», створоженным молоком. Самостоятельно мама не лечила. За медицинской помощью в другие ЛПУ не обращалась.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное выраженным диспепсическим синдромом. Масса тела при рождении 4200 гр, на момент осмотра 3150 гр. Кожный покров бледно-розовый, чистый, суховат. Тургор кожи снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 43/мин.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 148/мин. АД 88/58 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричный, визуализируется симптом “песочных часов”. Пальпация безболезненная. Стула нет 2 суток, газы отходят.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

ОАК: лейкоциты $4,7 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $362 \times 10^9/\text{л}$

ЭГДС: пищевод свободно проходим, желудок пустой, складки слизистой желудка сближаются в области антрального отдела. При инсuffляции воздуха, привратник не раскрывается. Эндоскоп в ДПК не проходит из-за выраженного сужения в области привратника

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность – 1028, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

2. Задача №2

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен мальчик 15 лет.

Жалобы на рвоту с кровью, слабость, головокружение

Anamnesis morbi: со слов ребёнка, 4 суток назад в стоматологии лечил зуб. После лечения ребёнка беспокоила боль. В связи с сильным болевым синдромом, бесконтрольно принимал Нурофен: по 1 таб (400 мг) 5-6 р/сут на протяжении 4 суток. Сегодня резко возникла рвота с кровью, появилась общая слабость. Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи, доставлен в приёмное отделение хирургической больницы.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное кровотечением, анемическим синдромом, болевым синдромом. Кожный покров бледно-розовый, чистый, суховат. Тургор кожи снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 22/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 94/мин. АД 115/68 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненная. Стул регулярный, самостоятельный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

ОАК: лейкоциты $2,2 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 81 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$

ЭГДС: пищевод свободно проходим, складки продольные, стенка эластичная, слизистая бледно-розовая. Кардиальный жом смыкается. В желудке на момент осмотра сгустки крови в небольшом количестве. Складки эластичные, хорошо расправляются при инсuffляции воздухом. Слизистая розовая. Сосудистый рисунок чёткий. Привратник проходим. Луковица ДПК расправилась. В просвете пусто. На задней стенке луковицы ДПК визуализируется плоская язва размером до 0,5 см. Дно покрыто белым налётом с оголённым тромбированным сосудом диаметром до 1,5мм. Складки расправились. Слизистая бледно-розовая. Сосудистый рисунок чёткий. БДС не изменён. Желчь поступает.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,6, относительная плотность – 1029, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

3. Задача №3

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлена девочка 14 лет.

Жалобы на сильную боль в горле, за грудиной.

Anamnesis morbi: со слов родителей, около 15 минут назад, ребёнок выпил уксусную эссенцию (суицид).

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Кожный покров бледно-розовый, чистый, суховат. Тургор кожи снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 20/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 90/мин. АД 115/68 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненная. Стул регулярный, самостоятельный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

ОАК: лейкоциты $3,9 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,7, относительная плотность - 1029, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

ЭГДС: слизистая полости рта и глотки выражено гиперемирована. В верхней 1/3 пищевода визуализируются множественные очаговые темно-серые язвы. Очаг поражения составляет около 4 см. За очаг пройти эндоскопом не представляется возможным из-за высокого риска перфорации стенки пищевода.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

4. Задача №4

В детском инфекционном отделении на протяжении 4 суток проходит стационарное лечение ребёнок 8 лет с диагнозом: бактериальная кишечная инфекция.

Жалобы на момент осмотра на усиление болей в правых отделах живота

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное течением послеоперационного периода, болевым синдромом. Температура тела 38,4 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, суховат. Тургор кожи снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 23/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 100/мин. АД 104/62 мм.рт.ст. Стул регулярный, самостоятельный, кашицеобразный, без патологических примесей. Газы отходят.

Status localis: живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается умеренно выраженная в правых отделах живота. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное выраженное болезненное образование 4*5 см. Операционные раны заживают первичным натяжением, признаков гнойного воспаления нет. Швы состоятельные.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

ОАК: лейкоциты $13,9 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Диагностическая лапароскопия: в брюшной полости, больше в правых отделах визуализируются множественные плоские спайки между передней брюшной стенкой и петлями кишечника. Спайки разделены. В правой подвздошной области определяется конгломерат, образованный слепой кишкой, восходящим отделом ободочной кишки, прядью сальника. Данный конгломерат подпаян к боковой стенке живота. Аппендикс не визуализируется. При попытке разделить конгломерат, повреждаются стенки кишок.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

5. Задача №5

В детском хирургическом отделении находится на обследовании и лечении девочка 8 лет.

Жалобы на момент осмотра на учащённое, болезненное мочеиспускание, выраженный воспалительный процесс в общем анализе мочи.

Anamnesis morbi: со слов родителей, ребёнок заболел впервые около 1 года назад, когда у девочки появилось учащённое, болезненное мочеиспускание. В амбулаторных условиях педиатр назначил общий анализ мочи, в котором выявлена выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Педиатр назначил антибактериальный препарат Цефиксим курсом 7 суток. После сдачи контрольного ОАМ – активный воспалительный процесс не наблюдался. Жалобы ребёнка перестали предъявлять. Примерно месяц спустя, вновь ребёнок стал жаловаться на болезненное мочеиспускание мелкими порциями. Вновь амбулаторно сдан ОАМ – лейкоциты сплошь, бактерии +++. Снова назначена антибактериальная терапия – Цефиксим курсом 7 суток. Жалобы купированы. Нормализация показателей ОАМ. Через 3 недели мама отметила неприятный запах от нижнего белья девочки. В поликлинике сдан ОАМ: лейкоциты 40-50 в п/з, эр 7-10 в п/з, бактерии ++. В связи с изменениями в анализах мочи, самостоятельно обратились в приёмное отделение больницы. Ребёнок госпитализирован

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5 С. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 23/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 104/64 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Моча жёлтая, мутная. Диурез не нарушен.

Status localis: наружные половые органы развиты по женскому типу, сформированы правильно. Воспалительный процесс не наблюдается.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – 8×10^9 /л, гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 340×10^9 /л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,7, относительная плотность – 1028, белок – отрицательный, билирубин – отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 45-50 в поле зрения, эритроциты 10-20 в поле зрения, бактерии ++.

Бактериологический посев мочи: Escherichia coli 1×10^7 КОЕ/мл

Цистоскопия: под общим обезболиванием, после 3-кратной обработки операционного поля 10% раствором Бетадина, в мочевого пузыря введен цистоскоп 6 Сн. Мочевой пузырь заполнен 150 мл 0,9% раствора NaCl. Слизистая мочевого пузыря слабо гиперемирована, повсеместно буллезно изменена. Устья мочеточников расположены на "5 и 7 часах по циферблату", щелевидной формы, тонус интрамуральных отделов удовлетворительный. Степень гидродилатации Н0. Из устьев мочеточников порционно выделяется моча желтого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускательный канал свободно проходим, слизистая не гиперемирована.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

Ответы к задачам:

1. Врожденный пилоростеноз.

Для уточнения диагноза достаточно проведение УЗИ пилорического отдела желудка. В спорных ситуациях показано последовательное проведение ФГДС и пассажа контрастного препарата по ЖКТ. Показано обязательное лабораторное исследование: биохимический анализ крови, коагулограмма и КОС.

При подтверждении диагноза – оперативное лечение в экстренном порядке после купирования интоксикации и восстановления водно-электролитного обмена. В послеоперационном периоде проводится расчет потребности пациента в калораже и жидкости. Энтеральную нагрузку начинают с введения в зонд воды с последующей заменой на сцеженное грудное молоко при отсутствии сброса по НГЗ. Объем увеличивают на 5-10 мл на каждое кормление доводя до физиологической потребности.

2. Язва (острая) луковицы ДПК, осложнённая состоявшимся кровотечением F2a. Выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз (инъекционный 1% раствор H₂O₂ и аргонплазменный гемостаз).

Перечень основных диагностических мероприятий: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение глюкозы, определение времени свертываемости капиллярной крови, определение группы крови и резус-фактора, гистологическое исследование ткани, микрореакция, определение общего белка, определение белковых фракций, коагулограмма, радионуклидное исследование (при продолжающемся кровотечении), эзофагогастродуоденоскопия, исследование на гепатиты. Перечень дополнительных диагностических мероприятий: УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, Гистологическое исследование ткани.

В лечении применяются попытки консервативной остановки кровотечения и борьба с геморрагическим шоком. Комплексная гемостатическая терапия: инфузионная: е-аминокапроновая кислота 5%, дицинон 250 мг, хлорид или глюконат кальция 10%, фибриноген 1-2 г на 250 мл изотонического раствора хлорида натрия, гемофобин 3% - внутрь, викасол 1%. Местная. Строгий постельный режим, холод на подложечную область, промывание желудка ледяной водой, желудочная гипотермия, введение в желудок по зонду адреналина или норадrenalина 0,1% раствор – 4 мл вместе с 100-150 мл 5% е-аминокапроновой кислоты (или дают пить по 1 столовой ложке этой смеси каждые 15 мин). Лечебная эндоскопия. Обкалывание язвы 0,1% раствором адреналина или норадrenalина, электрокоагуляция, прошивание сосуда металлической клипсой, лазерная коагуляция, аппликация медицинского клея МК № 6,7,8. Эндоваскулярная эмболизация кровоточащего сосуда с помощью суперселективного введения искусственного эмбола через бедренную артерию. Коррекция волевых нарушений: Восполнение ОЦК: переливание крови и ее компонентов: 60-80% от дефицита ОЦК, плазма нативная, сухая замороженная – 200-800 мл, декстраны, альбумин, протеин, кристаллоиды. Стабилизация гемодинамики. Сердечные, сосудистые, дыхательные средства. Ликвидация метаболического ацидоза – гидрокарбонат натрия 4%. Восстановление микроциркуляции: реополиглюкин 400 мл в/в, трентал 5,0. Вопрос об остановке кровотечения решают на основании данных ФГДС или зондовой пробы: больному вводят желудочный зонд и желудок отмывают до чистой воды. Если при настойчивом промывании не удастся добиться чистой воды и в промывных водах имеется свежая кровь, то это говорит о продолжающемся кровотечении. Если удастся отмыть желудок, то тонкий зонд оставляют для динамического наблюдения. Возобновление кровотечения проявит себя выделением по зонду свежей крови. При неэффективности консервативных методов лечения показано оперативное лечение.

3. Химический ожог пищевода по Zargar S.A. IIIA степень.

Помимо жалоб, сбора анамнеза и объективного обследования, клинического минимума обязателен забор б/х анализа крови, при отравлении уксусной кислотой показан анализ крови и мочи на свободный Нв. Инструментальные методы диагностики включают эндоскопию, рентгенографию органов грудной клетки и

брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование пищевода по показаниям. Также используется МСКТ с КУ и ДЛС при подозрении на осложнения химического ожога.

Консервативное лечение:

Немедленное комплексное лечение, включающее обезболивание, удаление токсиканта из желудочно-кишечного тракта (промывание желудка), местное лечение и детоксикационную терапию с коррекцией нарушений функций органов и систем. С целью нейтрализации ожога кристаллами перманганата калия возможно использование растворов слабых кислот (аскорбиновая кислота), что значительно снижает степень повреждения. Лечение болевого синдрома включает введение опиоидов и нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, спазмолитиков. При компенсированном стенозе гортани рекомендуется внутривенное и ингаляционное введение глюкокортикоидов, внутривенное введение холинолитиков (атропин) с целью снижения воспалительных изменений, устранения отёка и восстановления бронхиальной проходимости. ХОП 1 степень терапия глюкокортикоидами не назначается; ХОП 2-3 степень - назначается коротким курсом (5-7 дней). Промывание желудка без использования зонда и с искусственным вызыванием рвоты с целью удаления токсиканта противопоказано, поскольку повторное прохождение токсиканта по пищеводу усиливает степень его ожога. Пациентам с ХОП в случае нарастания отека дыхательных путей и угрозы асфиксии рекомендуется интубация трахеи с целью обеспечения адекватной оксигенации и активной аспирации секрета из трахеи и крупных бронхов. При невозможности проведения интубации трахеи рекомендуется постановка временной трахеостомы. Рекомендуется внутривенное введение сбалансированных электролитных растворов (растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, стартовая терапия), в дальнейшем с включением растворов декстрозы. Для уменьшения проявлений метаболического ацидоза в первые 6 часов инфузионной терапии не исключается применение препаратов на основе янтарной кислоты (меглюмина натрия сукцинат 1,5%). Применение растворов на основе гидроксипроксиэтилкрахмала у пациентов с ожоговой болезнью противопоказано в связи с увеличением рисков развития почечного повреждения. В случае прогрессирующей сердечной недостаточности для поддержания эффективного АД рекомендуется назначение инотропной поддержки (предпочтительнее добутамин). В целом, лечение пациентов с признаками экзотоксического шока соответствует общим принципам реанимационного ведения пациентов в состоянии шока. Объем инфузионной терапии определяется тяжестью расстройств гемодинамики и уровнем восстановления гемодинамических параметров, гематокрита, ЦВД. Пациентам с декомпенсированным шоком проводят быстрое струйное введение коллоидных растворов (кровезаменители и препараты плазмы крови). Интенсивное введение жидкости продолжается до повышения гемодинамических показателей на 45-50% по сравнению с исходным уровнем. Тяжелые расстройства гемодинамики, как правило, приводят к нарушению функции почек в виде олигурии или анурии, в связи с чем в диагностическом и лечебном плане рекомендуется учитывать темп диуреза. Оптимальным считается выделение мочи в количестве 0,5-1,0 мл/кг/час. Особое внимание уделяют устранению метаболических нарушений. Для коррекции ацидоза применяют ощелачивание плазмы, внутривенное введение 4% раствора натрия гидрокарбоната. Пациентам с ХОП с целью лечения ранних вторичных кровотечений рекомендуется проведение мероприятий по усилению гемостаза в месте кровотечения, а также угнетению внутрисосудистой коагуляции с целью профилактики микротромбообразования, при этом введение гепарина натрия рекомендуется только при условии локальной остановки кровотечения. При поздних кровотечениях у пациентов с отравлением ВПД гепаринотерапия не рекомендована, рекомендуется проведение стандартной гемостатической терапии. При поздних кровотечениях гепаринотерапия противопоказана, а локальная гипотермия желудка менее эффективна. Проводится стандартная гемостатическая терапия: голод, дробное переливание эритроцитов, плазмы крови, фибриногена. С целью профилактики поздних кровотечений у пациентов с отравлением ВПД рекомендуется использовать препараты-ингибиторы протонного насоса и антациды. При возникновении поздних кровотечений у пациентов с отравлением ВПД рекомендуется использовать методы эндоскопического гемостаза. Антитромботические средства (антикоагулянты) рекомендуется использовать еще до развития выраженного синдрома токсической коагулопатии в дозах, соответствующих инструкции по применению. При токсической коагулопатии I стадии (гиперкоагуляция) лечение антитромботическими средствами осуществляют, контролируя время свертывания перед каждой инъекцией. Во II (гипокоагуляция) и в III (фибринолиз) стадиях лечение осуществляют, контролируя содержание фибриногена и число тромбоцитов каждые 4 ч до момента, когда эти показатели начнут повышаться. В дальнейшем ежедневно в период всего лечения антитромботическими средствами (например, лекарственными препаратами группы 31 гепаринами) осуществляется контроль с помощью развернутой коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) [107]. Для профилактики инфекционных осложнений у пациентов с ХОП (ЖКТ) рекомендуется назначение антибактериальных препаратов системного действия широкого спектра действия, в последующем - с учетом микробиологического статуса [2,19] под контролем лабораторных показателей крови и бактериологического мониторинга. Пациентам с признаками ХОП (ЖКТ) рекомендуется ранняя адекватная нутритивная поддержка с целью предотвращения или коррекции расстройства белкового и энергетического обмена. Для профилактики рубцового сужения пищевода или желудка у пациентов с отравлением ВПД рекомендуется введение глюкокортикоидов. Длительность лечения определяется тяжестью ожога: при легком

ожоге - 7 суток, средней тяжести - до 20 суток, при тяжелом - не менее 30 суток. Указанный курс лечения должен быть проведен в условиях стационара, в дальнейшем лечение может быть продолжено в амбулаторных условиях: при легком ожоге - 3 нед., при ожоге средней тяжести - 1 мес., при тяжелом ожоге - до 2 мес. [1,3,50,998].

Хирургическое лечение: пациентам с клинико-инструментальными признаками перфорации пищевода и/или желудка по причине химического ожога рекомендуется проведение экстренных мероприятий, объем которых определяется локализацией, размерами перфорации, верифицированными осложнениями. В острой стадии ХОП 4 степени перфорация пищевода и желудка может быть как в результате трансмурального некроза, так и инструментального воздействия (зондирование желудка, ЭГДС). Тактика хирургического лечения в подобных ситуациях должна быть основана на данных рентгеновского исследования с контрастированием водорастворимым контрастом пищевода и желудка и/или (при технической возможности) на основании данных МСКТ с контрастированием. При установленной перфорации пищевода тактика лечения зависит от локализации, размеров дефекта, наличия или отсутствия клиники медиастинита: При перфорации пищевода без выраженной клиники медиастинита полностью исключают кормление больного через рот. Устанавливается назогастральный зонд для кормления. При необходимости назначается парентеральное питание. Показано внутривенное введение антибактериальных препаратов системного действия, воздействующих на грамотрицательную, грамположительную микрофлору и анаэробные микроорганизмы. С этой целью назначают комбинацию из нескольких антибактериальных препаратов (цефалоспорины, метронидазол, комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз и др.). В ряде случаев больному выполняют гастростомию. Гастростома может быть выполнена лапаротомным или лапароскопическим доступом. Интенсивная терапия проводится под клинико-лабораторным и инструментальным мониторингом. При появлении и прогрессирования клиники медиастинита, пневмомедиастинума, пневмо- и гидроторакса, подкожной эмфиземы рекомендуется решение вопроса о расширении объема хирургического лечения (шейная эзофагостомия, антирефлюксная операция и гастростомия, дренирование средостения и плевральной полости в зависимости от уровня перфорации пищевода). При перфорации пищевода с наличием клиники медиастинита рекомендуется оперативное вмешательство в экстренном порядке. Операция может выполняться как торакотомным, так и торакоскопическим доступом. Объем операции предусматривает адекватную санацию средостения, оценку состояния пищевода, локализацию и размер дефекта (дефектов) для решения вопроса о сохранении органа. Оперативное вмешательство завершается адекватным дренированием средостения и иных затеков при их наличии. Больному накладывают гастростому с выполнением антирефлюксной операции. В последнее время широкое применение находит методика эндоскопической вакуумной терапии при перфорации пищевода, которая хорошо зарекомендовала себя во взрослой практике, но требует дальнейшего изучения возможности применения у детей. Операцию эзофагоэктоми с выведением эзофаго- и гастростомы выполняют крайне редко: в случаях необратимых изменений в пищеводе. У взрослых эзофагогастрэктомия (экстирпация пищевода, гастрэктомия), выполняемая с использованием комбинированного абдоминального и шейного доступа, является наиболее распространенной экстренной операцией, выполняемой для лечения тяжелых ожогов ВПД. Если некроз ограничен желудком, следует рассмотреть возможность гастрэктомии с сохранением пищевода. Резекции желудка целесообразно избегать, поскольку продолжающийся некроз может отрицательно повлиять на исход. Обоснованность экстирпации пищевода с сохранением желудка на основании изолированного некроза пищевода подвергается сомнению. Сопутствующий некроз других органов брюшной полости (двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, селезенка, тонкая и толстая кишка) оправдывает расширенные резекции у 20% пациентов, перенесших эзофагогастрэктомию. Тотальная дуоденопанкреатэктомия или удаление двенадцатиперстной кишки может быть выполнено у небольшого числа пациентов с дуоденальным некрозом (вовлечение поджелудочной железы встречается редко).

4. Плотный аппендикулярный инфильтрат.

Лабораторные методы исследования: биохимический анализ крови, коагулограмма, КОС. Инструментальные методы исследования: МСКТ с КУ.

Лечение консервативное после завершения ДЛС дренированием брюшной полости: антибактериальная терапия широкого спектра действия в комбинации с метронидазолом. Дезинтоксикационная терапия. Физиолечение.

5. Хронический буллезный цистит.

После санации мочи проведение ЭУГ и МЦУГ.

Применение антибактериальной терапии и инстилляций мочевого пузыря. У девочек местное лечение вульвита.