Методические рекомендации для преподавателей

Практическое занятие № 3

* 1. Тема занятия: «Грыжи передней брюшной стенки: пупочные, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного протока»
  2. **Цель занятия:** Конкретизировать представления студентов о причинах возникновения, клинике, осложнениях грыж передней брюшной стенки, аномалий желточного протока, необходимости своевременного устранения этих грыж для сохранения здоровья детей.
  3. **Задачи:**

- сформировать у студентовчеткое понимание необходимости знания клиники, диагностики и принципов лечения грыж передней брюшной стенки, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями для выбора лечебной тактики;

- формировать у студентов потребности и мотивы профессионального развития, умения проводить анализ отдельных симптомов грыжи и аномалий желточного протока, а также синтез разнообразных данных клинического и лабораторного обследования больных;

- воспитывать стремление к повышению своего общекультурного, интеллектуального и профессионального уровня, к соблюдению принципов деонтологии в детской хирургии.

После изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

* диагностику, лечебную тактику при грыже белой линии живота
* клинику и методы диагностики пупочной грыжи
* тактику хирурга при пупочных грыжах, сроки оперативного лечения
* эмбриогенез желточного протока
* классификацию аномалий желточного протока
* клинику и диагностику полных и неполных свищей пупка
* патологию дивертикула Меккеля

После изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

* обследовать детей с подозрением на грыжи передней брюшной стенки
* построить диагностическую программу и обосновать применение дополнительных методов исследования при свищах пупка
* правильно интерпретировать результаты клинического осмотра, лабораторные показатели и данные инструментального исследования при подозрении на дивертикул Меккеля

После изучения темы студент должен **ПОЛУЧИТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:**

* о методах оперативного лечения грыж передней брюшной стенки
* о принципах диагностики дивертикула Меккеля во время аппендэктомии
* о принципах лечения дивертикула Меккеля и его осложнений

**Методика проведения теоретической части занятия.**

**4.1. Контроль учебной дисциплины:** проверка присутствия студентов, посещаемость лекций, предыдущих занятий, наличие академической задолженности, внешний вид студентов, наличие у них фонендоскопов.

**4.2. Формулировка темы и цели занятия. Актуальность и практическая значимость изучаемой темы.**

Среди всех грыж передней брюшной стенки грыжи белой линии составляют около 1% и выявляются обычно после 2 – 3 лет жизни. Возникновение подобных грыж связывают с недоразвитием апоневротического тяжа, называемого белой линией живота. Между пучками апоневротических волокон, встречающихся по средней линии живота, могут возникать щелевидные дефекты, с ростом ребенка они уменьшаются. Через незакрывшиеся дефекты в апоневрозе проникают небольшие участки предбрюшинной клетчатки с париетальной брюшиной. Крайне редко содержимым дефекта бывает петля или стенка тонкой кишки. Грыжи белой линии живота лечат оперативным путем в плановом порядке.

Пупочная грыжа возникает вследствие задержки замыкания пупочного кольца в процессе заживления пупочной ранки. Пупочная грыжа характеризуется незаращением апоневроза пупочного кольца, через которое выпячивается брюшина, образуя грыжевой мешок. Содержимым, как правило, бывают сальник или петля тонкой кишки.

Диагностика обычно не вызывает затруднений, в дополнительном обследовании необходимости нет. Приблизительно в 60% случаев у детей в процессе роста происходит самоизлечение, наступающее, как правило, к 2-3 годам. Укреплению мышц передней брюшной стенки и закрытию расширенного пупочного кольца способствуют ежедневный массаж и гимнастика, проводимые родителями с первых месяцев жизни. Оперативное лечение – грыжесечение и пластика пупочного кольца – показано после 5 лет.

Желточный проток входит в состав пупочного канатика и служит в первые недели внутриутробного развития для питания эмбриона, соединяя кишечник с желточным мешком. На 3 – 5 месяце внутриутробной жизни происходит обратное развитие протока. Возможны различные нарушения облитерации желточного протока. В зависимости от того, в какой степени и на каком уровне сохранился эмбриональный *ductus omphaloentericus,* различают такие формы патологии:

* свищи пупка (полные и неполные)
* дивертикул подвздошной кишки
* энтерокистома

Каждая из этих форм имеет свою клиническую картину и требует дифференциального подхода. Педиатры чаще всего сталкиваются с неполными и полными свищами пупка. Полные свищи образуются при сохраненном открытом желточном протоке на всем протяжении и проявляются наличием мекониального или кишечного содержимого из пупочной ранки после отпадения пуповины. Неполный свищ пупка образуется при нарушении облитерации дистального отдела желточного протока и возникает значительно чаще. Характерны скудные выделения из пупочной ямки, вследствие чего детей длительно лечат по поводу «мокнущего пупка». Диагноз подтверждают зондированием свищевого хода: пуговчатый зонд удается провести на глубину 1 – 2 см.

Дивертикул Меккеля по секционным данным обнаруживается в 2 – 3% случаев. Чаще всего он клинически не проявляется и обнаруживается случайно при лапаротомии. Нередко в дивертикуле развиваются различные осложнения, среди которых наибольшее значение имеют кровотечения, воспаления (дивертикулит), инвагинация и другие виды кишечной непроходимости.

4.3.Обсуждение вопросов, возникших у студентов при подготовке к занятию. Преподавателю необходимо дифференцированно подходить к вопросам студентов и отсеивать те, что связаны с недобросовестной подготовкой к занятию.

**4.4. Контроль самостоятельной работы студентов во внеучебное время.**

Проверяются письменные домашние задания: рефераты, таблицы, схемы и пр.

**4.5. Входной контроль (как правило, тестовый письменный контроль).** Определяет степень индивидуальной и групповой степени готовности студентов к занятию (тестовые задания прилагаются).

**4.6. Теоретический разбор материала.** Разбираются основные вопросы по теме занятия (аннотированные вопросы представлены в учебном пособии для самостоятельной работы студентов). На теоретической части занятия максимально используются средства наглядности: таблицы, слайды, рентгенограммы, видеофрагменты учебника и «Консультанта врача».

В этой части занятия используются активные и интерактивные методы обучения: решение учебно-педагогических задач, дискуссии, метод мозгового штурма, эвристические беседы, анализ конкретных ситуаций.

Разбираются конкретные примеры (истории болезни или выписки), обсуждается правильность оказания медицинской помощи конкретному пациенту на всех этапах диагностики и лечения согласно стандартам.

После перерыва теоретическая часть занятия прерывается. Студенты делятся на малые группы по 2 – 3 человека и получают на курацию больных с грыжами передней брюшной стенки, при возможности – с аномалиями желточного протока.

**5. Методика проведения практической части занятия.** Студенты под контролем преподавателя собирают анамнез, жалобы у госпитализированных больных с подозрением на грыжи, проводят общий осмотр, физикальное исследование.

**5.1. Обучение студентов методике сбора анамнеза и жалоб.** При проведении практической части один из студентов в присутствии остальных собирает у ребенка или матери жалобы, анамнез заболевания, при этом необходимо определить последовательность и целенаправленность вопросов.

После сбора анамнеза и жалоб проводится объективное обследование больного.

**5.2. Обучение студентов методике объективного обследования больного.** Обследование необходимо начинать с общего осмотра больного, оценивая его положение в постели, активность, температуру тела, цвет и чистоту кожных покровов, наличие патологических высыпаний. Обращается внимание на необходимость подсчета числа дыханий в 1 мин, аускультации легких, сердца, определения частоты пульса.

Особое внимание уделяется обследованию брюшной стенки: белой линии живота, пупочного кольца, проведение пробы Вальсальвы. Каждого студента нужно научить определять ширину пупочного кольца, путем погружения в кольцо пальца.

Следует добавить, что обследование детей на предмет наличия пупочных, параумбиликальных, паховых грыж, а также свищей пупка проводится при консультативном учебном приеме со студентами в детской поликлинике, где они в большем объеме приобретают практические навыки.

**5.3.** Составление плана дополнительного обследования, после чего студенты получают требуемые данные: анализы, результаты рентгенологического и УЗ-исследования и компьютерной томографии.

**5.4.** Выбор лечебной тактики конкретного больного.

6. Методика оценки знаний студентов.

Общая оценка знаний и умений каждого студента складывается из следующих оценок:

а) домашнее задание

б) входной тестовый контроль

в) оценка за ответ на теоретической части занятия

г) оценка за обследование больного (у части студентов группы)

д) оценка за решение клинической задачи.

7. Приложение:

7.1. Хронокарта занятия «Грыжи передней брюшной стенки: пупочные, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного протока» (4 академических часа):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование этапа | Время в мин. |
| 1. | Организационные вопросы: проверка присутствия, успеваемость, дисциплина, внешний вид и пр. | 5 |
| 2. | Тема, цель, актуальность, ответы на вопросы студентов | 10 |
| 3. | Проверка домашнего задания, рефератов, презентаций | 20 |
| 4. | Входной тестовый контроль | 15 |
| 5. | Теоретический разбор материала | 40 |
| 6. | Перерыв | 15 |
| 8. | Практическая часть: курация больных, клиническое и инструментальное обследование, оценка результатов исследования. Присутствие на диагностических исследованиях: УЗИ, КТ. | 50 |
| 10. | Заключительный контроль, решение рентгенологических дифференциально-диагностических задач, подведение итогов | 40 |
| 11. | Итого: | 195 |

7.2. Материальное обеспечение занятия:

- занятие проводится в учебной комнате, в палатах отделения плановой хирургии, по возможности, в операционной; в кабинетах УЗИ, КТ;

* видеомагнитофон и телевизор для просмотра учебных видеофильмов;
* ноутбук и ЖК-экран для просмотра СD-версии учебника, фрагментов операций.