Методическое пособие для преподавателей

Модуль 3. Практическое занятие № 1

**1. Тема занятия: «Патология влагалищного отростка брюшины. Паховая грыжа. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Ущемленная паховая грыжа».**

**2. Цель занятия:** Конкретизировать представления студентов об особенностях течения заболеваний, связанных с необлитерацией влагалищного отростка брюшины.

**3. Задачи:**

- сформировать у студентовчеткое понимание необходимости знания клиники, диагностики и своевременного адекватного лечения таких пороков развития, как водянка оболочек яичка и семенного канатика, паховая грыжа;

- формировать у студентов педиатрического и лечебного факультетов мотивы профессионального роста и развития, умения проводить анализ отдельных симптомов урологической патологии для синтеза из этих симптомов и данных инструментального и лабораторного обследования больных целостного представления о пороках развития мочеполовых органов у мальчиков;

После изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

* патологию влагалищного отростка брюшины: водянка оболочек яичка и семенного канатика, паховые и пахово-мошоночные грыжи
* их дифференциальную диагностику
* сроки оперативного лечения данных пороков
* тактику педиатра при ущемленных грыжах
* хирургическую тактику

После изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

* провести клиническое обследование ребенка с подозрением на паховую грыжу или водянку оболочек яичка и семенного канатика
* провести дифференциальную диагностику указанных заболеваний
* оценить возможности консервативной терапии при ущемленных грыжах
* поставить показания к оперативному лечению при ущемленных грыжах и остро развившейся водянке

**4.1 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.**

Актуальность данной темы не вызывает никаких сомнений. Незаращение влагалищного отростка брюшины является довольно частой патологией, возникающей при процессе опущения яичек из забрюшинного пространства в мошонку. В зависимости от степени незаращения возможно возникновение у мальчиков водянки оболочек яичка и семенного канатика, а также паховой или паховомошоночной грыжи.

**Водянка оболочек яичка** *(гидроцеле)* **и семенного канатика** *(фуникулоцеле)* - очень частые аномалии у детей; их развитие связано с незаращением вагинального отростка брюшины и скоплением в его полости серозной жидкости. При отсутствии облитерации вагинального отростка в дистальном отделе образуется *водянка оболочек яичка*. Если отросток облитерируется в дистальном отделе, а проксимальный остается открытым и сообщается с брюшной полостью, речь идет о *сообщающейся водянке семенного канатика*. В случае необлитерации всего влагалищного отростка образуется *сообщающаяся водянка* *оболочек яичка и семенного канатика*. Когда происходит облитерация отростка в дистальном и проксимальном отделах, а жидкость скапливается в среднем его отделе, говорят о *несообщающейся водянке* оболочек семенного канатика, или *кисте семенного канатика*. Образование водянки связывают со сниженной абсорбционной способностью стенки вагинального отростка и несовершенством лимфатического аппарата паховой области. С возрастом ребенка возможно постепенное уменьшение и исчезновение водянки.

У детей старшего возраста и взрослых причинами возникновения гидроцеле и фуникулоцеле являются травма и воспаление. При ударе в паховую область в оболочках семенного канатика может скопиться экссудат, не рассасывающийся длительное время. В этих случаях говорят об *остро возникшей кисте семенного канатика*.

**Клиника и диагностика.** Водянка характеризуется увеличением половины, а при двустороннем заболевании - всей мошонки. При *изолированной* водянке яичка припухлость имеет округлую форму, у ее нижнего полюса определяется яичко. *Сообщающаяся* водянка проявляется мягкоэластическим образованием продолговатой формы, верхний край которого пальпируется у наружного пахового кольца. При натуживании это образование увеличивается и становится более плотным. Пальпация припухлости безболезненна. Диафаноскопия выявляет характерный симптом просвечивания. При клапанном характере сообщения с брюшной полостью водянка напряжена, может вызывать беспокойство ребенка. *Киста семенного канатика* имеет округлую или овальную форму и четкие контуры. Хорошо определяются ее верхний и нижний полюсы. В диагностике помогает УЗИ.

*Водянку* чаще всего приходится **дифференцировать** от паховой грыжи. При вправлении грыжевого содержимого слышно характерное урчание, сразу после вправления припухлость в паховой области исчезает. При несообщающейся водянке попытка вправления не приносит успеха. В случае сообщения размеры образования в горизонтальном положении уменьшаются, но более постепенно, чем при вправлении грыжи, и без характерного звука. Большие трудности возникают при дифференциальной диагностике остро возникшей кисты с ущемленной паховой грыжей. В таких случаях часто прибегают к оперативному вмешательству с предварительным диагнозом "ущемленная паховая грыжа".

**Лечение.** Поскольку на протяжении первых 2 лет жизни возможно самоизлечение за счет завершения процесса облитерации влагалищного отростка, операцию производят у детей старше этого возраста. У детей моложе 2 лет в случае напряженной водянки оболочек яичка, вызывающей беспокойство, показано применение пункционного способа лечения. После эвакуации водяночной жидкости накладывают суспензорий. Повторную пункцию производят по мере накопления жидкости. Отсасывание жидкости ослабляет сдавление яичка и позволяет отдалить сроки оперативного вмешательства.

**Паховая грыжа** - одно из самых распространенных хирургических заболеваний детского возраста. Встречается преимущественно односторонняя паховая грыжа, причем справа в 2-3 раза чаще. Паховые грыжи наблюдаются главным образом у мальчиков, что связано с процессом опускания яичка.

Приобретенные грыжи встречаются чрезвычайно редко, обычно у мальчиков старше 10 лет при повышенной физической нагрузке и выраженной слабости передней брюшной стенки.

В связи с тем, что грыжи у детей, как правило, врожденные, они опускаются по паховому каналу, вступая в него через внутреннее паховое кольцо, т. е. являются косыми. Прямые грыжи у детей наблюдаются как исключение.
Существуют два вида грыж - *паховая и пахово-мошоночная*. Среди последних различают, в свою очередь, *канатиковую и яичковую* грыжи. Содержимым грыжевого мешка у детей чаще всего бывают петли тонкой кишки, в старшем возрасте - нередко сальник. У девочек в грыжевом мешке часто находят яичник, иногда вместе с трубой. Когда толстая кишка имеет длинную брыжейку, содержимым грыжевого мешка может быть слепая кишка. В этих случаях задняя стенка грыжевого мешка отсутствует (*скользящая грыжа).*

**Клиника и диагностика.** Обычно у маленького ребенка, иногда уже в периоде новорожденности, в паховой области появляется выпячивание, увеличивающееся при крике и беспокойстве и уменьшающееся или исчезающее в спокойном состоянии. Выпячивание безболезненное, имеет округлую (при паховой грыже) или овальную (при пахово-мошоночной грыже) форму. В последнем случае выпячивание опускается в мошонку, вызывая растяжение одной половины и приводя к ее асимметрии. Консистенция образования эластическая. В горизонтальном положении обычно легко удается вправить содержимое грыжевого мешка в брюшную полость. При этом отчетливо слышно характерное урчание. После вправления грыжевого содержимого хорошо пальпируется расширенное наружное паховое кольцо. Одновременно с этим выявляется положительный симптом "толчка" при кашле ребенка.

У девочек выпячивание при паховой грыже имеет округлую форму и определяется у наружного пахового кольца. При больших размерах грыжи выпячивание опускается в большую половую губу.

**Дифференцировать** паховую грыжу приходится главным образом с сообщающейся водянкой оболочек яичка. При водянке яичко внутри образования, при грыже - вне его. Водяночная опухоль имеет тугоэластическую консистенцию, кистозный характер и просвечивает. Утром она меньших размеров и более дряблая, к вечеру увеличивается и становится более напряженной.

**Лечение.** Единственно радикальный метод лечения паховой грыжи - оперативный. Современные методы обезболивания позволяют выполнить операцию в любом возрасте, начиная с периода новорожденности. По относительным противопоказаниям (перенесенные заболевания, гипотрофия, рахит и др.) в неосложненных случаях, операцию переносят на более старший возраст (6-12 мес.).

**Ущемленная паховая грыжа.** Осложнением паховой грыжи является ее *ущемление*. При этом кишечная петля или сальник, попавшие в грыжевой мешок, сдавливаются в грыжевых воротах, наступает расстройство их кровоснабжения и питания. Причиной ущемления считают повышение внутрибрюшного давления, нарушение функции кишечника, метеоризм и др.

**Клиника и диагностика.** Родители обычно точно указывают время, когда ребенок начинает беспокоиться, плачет, жалуется на боль в области грыжевого выпячивания. Оно становится напряженным, резко болезненным при пальпации и не вправляется в брюшную полость. Позже боль утихает, ребенок становится вялым, бывают тошнота или рвота, может наблюдаться задержка стула. Диагностика ущемленной грыжи основывается на данных анамнеза и осмотра. При наличии в анамнезе указаний на паховую грыжу распознавание ущемления обычно не вызывает затруднений. У детей первых месяцев жизни бывает трудно отличить ущемленную паховую грыжу от остро возникшей кисты семенного канатика, пахового лимфаденита. В сомнительных случаях врач склоняется в сторону диагноза ущемленной паховой грыжи. оперативное вмешательство разрешает сомнения.
Трудности в диагностике ущемленной паховой грыжи возникают также при ущемлении яичника у девочек, когда общих явлений вначале не наблюдается. Опасность некроза яичника и трубы заставляет производить операцию у девочек при малейшем подозрении на ущемление паховой грыжи.

Ущемление паховой грыжи у детей имеет свои особенности, заключающиеся в лучшем кровообращении кишечных петель, большей эластичности сосудов и меньшем давлении ущемляющего кольца. Несмотря на то, что у детей часто наблюдается самостоятельное вправление грыжи, ущемление - осложнение, требующее срочного оперативного вмешательства.

**Лечение.** У слабых, недоношенных детей или при наличии терапевтических противопоказаний считается допустимым в первые 12 ч с момента ущемления проведение консервативного лечения, направленного на создание условий для самостоятельного вправления грыжи. С этой целью вводят 0,1% раствор атропина и 1% раствор промедола (из расчета 0,1 мл на год жизни), назначают теплую ванну на 15-20 мин, затем укладывают ребенка с приподнятым тазом. Не следует пытаться вправить грыжу руками, так как при этом возможно повреждение ущемленных органов. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 1,5 - 2 ч показана экстренная операция.

**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», учебных слайдфильмов по уроандрологии.

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 перечисленными заболеваниями.

**5. Методика проведения практической части занятия.** Студенты под контролем преподавателя собирают анамнез, жалобы у госпитализированных больных, 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. Подсчитывается число дыханий в 1 мин, проводится аускультации легких, сердца, определения частоты пульса. При осмотре живота особое внимание уделяется обследованию паховых областей, наружного кольца пахового канала, симметрии мошонки и ее содержимого, наличие или отсутствие в мошонке яичек, увеличенного гроздьевидного сплетения, возможно ли открытие головки полового члена, где расположено наружное отверстие уретры.

**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.

**5.5.** С учетомпротяженности занятия возможно присутствие студентов на операциях, а также во время проведения ультразвуковой, рентгенологической и КТ-диагностики.

**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 «**Патология влагалищного отростка брюшины»** (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 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;
* ноутбук с выходом в Интернет

**7.3. Вопросы для самоподготовки студентов к практическому занятию.**

1. Роль влагалищного отростка брюшины в возникновении паховых грыж, водянок оболочек яичка и семенного канатика.
2. Водянка оболочек яичка: клиника, диагностика, лечение.
3. Дифференциальный диагноз водянки оболочек яичка и ущемленной пахово-мошоночной грыжей.
4. Киста семенного канатика: диагностика, лечение.
5. Сроки оперативного лечения водянки оболочек яичка.
6. Паховая грыжа у детей – механизм возникновения.
7. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика паховой и паховомошоночной грыжи.
8. Осложнения паховых грыж.
9. Дифференциальная диагностика ущемленной паховой грыжи.
10. Показания и противопоказания к консервативному лечению.
11. Оперативное лечения ущемленной паховой грыжи.