



Мегаколон и доликолон у детей. Болезнь Гиршпрунга у детей.

**педиатрический факультет по
специальности 060103 V курс**

Кафедра детской хирургии СамГМУ

доц.Кузьмин А.И.

Актуальность

- Врачи не придают значение запорам в детском возрасте, не выявляют своевременно их причины, не проводят соответствующих диагностики и лечения.

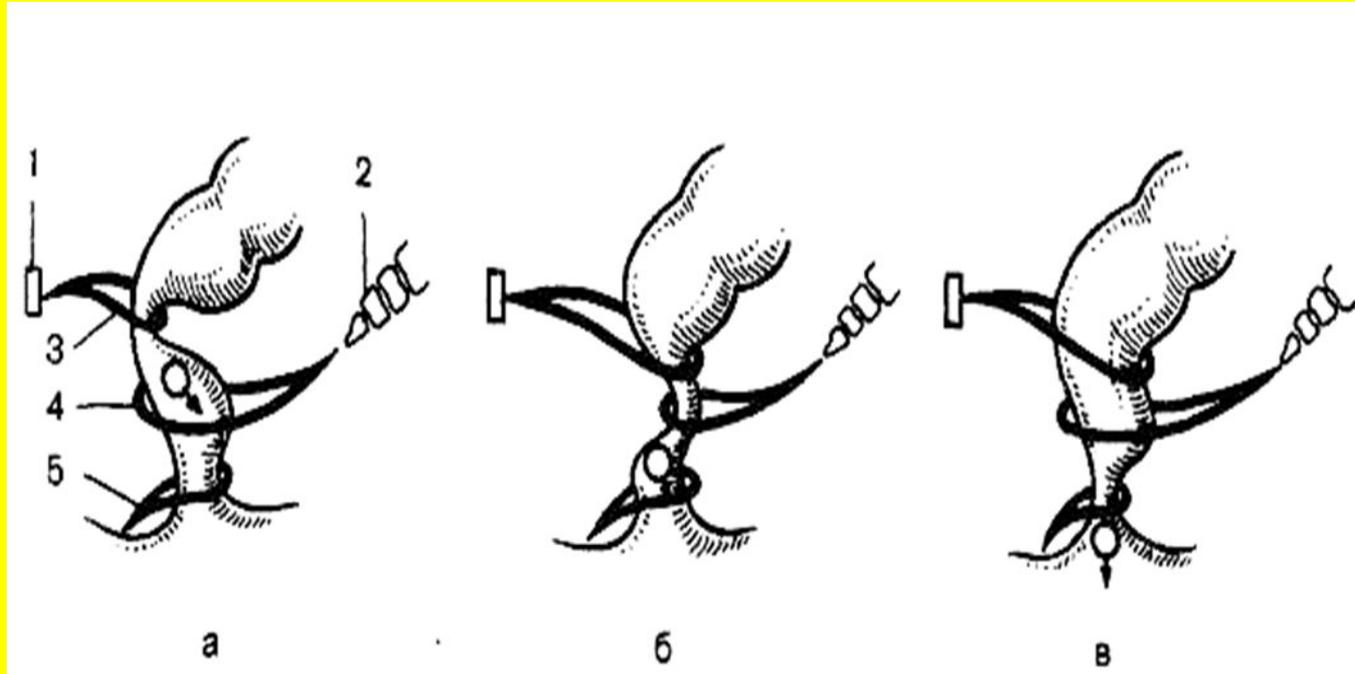


- Распространенность хронических запоров у детей составляет от 10 до 25% среди пациентов в отделениях гастроэнтерологического профиля.

Акт дефекации

- **1. При акте дефекации каловые массы проникают в прямую кишку и, соприкасаясь со слизистой, раздражают нервные рецепторы.**
- **2. Растяжение прямой кишки, повышения давления в ней вызывает расслабление внутреннего анального сфинктера, что приводит к возникновению позыва на дефекацию. При этом наружный анальный сфинктер остается сомкнутым.**
- **3. Под контролем головного мозга лонно-прямокишечная мышца расслабляется, тазовое дно опускается, ано-ректальный угол увеличивается, наружный анальный сфинктер расслабляется и происходит удаление каловых масс.**

Акт дефекации



Последовательное сокращение внутреннего (гладкомышечный, непроизвольный), m. levator ani и наружного сфинктера (поперечно-полосатый, произвольный) при акте дефекации

Характер стула позволяет уточнить при беседе с родителями, так называемая Бристольская шкала

Тип	Форма кала	
1	Отдельные твердые комочки, напоминающие орехи (выходят с трудом)	
2	Напоминающие колбаску, состоящую из комочков	
3	Напоминают колбаску с потрескавшейся поверхностью	
4	Напоминает колбаску или змею (кал гладкий и мягкий)	
5	Мягкие шарики с четкими границами (выходят легко)	
6	Мягкие шарики с неровными границами (кашицеобразные фекалии)	
7	Водянистые испражнения без каких-либо твердых комочков	Совершенно жидкий стул

Диагноз хронического запора выставляется при наличии двух и более ниже перечисленных симптомов, отмечавшихся в последние восемь недель:

- **частота стула менее 3 раз в неделю;**
- **эпизод недержания кала чаще, чем 1 раз в неделю;**
- **большой объем каловых масс в прямой кишке или пальпируемых через переднюю брюшную стенку;**
- **каловые массы столь объемны, что вызывают затор в унитазе;**
- **демонстрация задерживающей позы и удержание позывов к дефекации**
- **болезненная дефекация.**

(Парижский консенсус детских гастроэнтерологов и педиатров по Римским критерия III в 2005 году)

Классификация запоров А.

И. Ленюшкина

- алиментарные
- дискинетические
- органические
- условно-рефлекторные
- интоксикационные

Методы обследования у детей с хроническими запорами.

- Сбор анамнеза(время появления запора, связь с изменением питания)
- Осмотр(внешние данные, антропометрия, исследование по системам, осмотр промежности, пальцевое ректальное исследование)
- Общий анализ крови(наличие анемии, интоксикации).
- Копрологическое исследование, анализ кала на яйца глистов.
- Ультразвуковое исследование толстой кишки и сфинктерного аппарата, УЗИ брюшной полости.
- Обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография.
- Эндоскопическое исследование толстой кишки(колоноскопия и лапароскопия).
- Биопсия толстой кишки.
- Баллонная манометрия(пороговая чувствительность).
- Сфинктерометрия(тонус, максимальное волевое усилие).
- Электромиография анального сфинктера.
- Исследование кала на дисбактериоз.
- Исследование на муковисцидоз.

Долихосигма

- Долихосигма –врожденное удлинение сигмовидной кишки без элементов ее расширения.

Классификация:

- 1.По положению: S-образная(53%), однопетлистая(27,8%), двупетлистая(9,9%), многопетлистая(9,3%).
- 2.По клинической картине: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

•

Долихосигма

Триада симптомов:

а)боль в животе

б)метеоризм

в)хронический запор



Долихосигма

Удлиненная
петля
сигмовидной
кишки
располагается
под печенью



ЛЕЧЕНИЕ . Лечение больных с долихосигмой должно быть направлено:

- **1)на восстановление условного рефлекса на дефекацию;**
- **2)улучшение кишечного транзита;**
- **3)устранение болевого синдрома;**
- **4)лечение дисбактериоза.**



Лечение долихосигмы

- Прокинетики(цезаприд).
- Спазмолитики(но-шпа) при наличии спастического колита.
- Натуральные и синтетические метаболитные препараты
- ЛФК, массаж живота, рефлексотерапия, электростимуляция(наружная – «Амплипульс» и эндоректальная – «Эндотон», медикаментозная стимуляция (инъекции прозерина, витаминотерапия – В₁, В₆).
- Ферментотерапия. С целью устранения образования каловых камней назначаются фестал, мезим-форте, креон.
- Санаторно-курортное лечение (применение минеральных вод, бальнеологическое лечение, комплексные мероприятия).

После установления диагноза ребенка с долихосигмой берут на диспансерный учет.

При компенсированной стадии детей обследуют раз в год в стационаре.

При субкомпенсированной — 2 раза в год и обязательно проводят лечение в стационаре.

При декомпенсированной стадии обследуют 3 раза в год с лечением в стационаре.

Если клинические симптомы отсутствуют в течение 2—4 лет после лечения, детей снимают с диспансерного учета как выздоровевших.

Хронические запоры у детей с высокой фиксацией селезеночного угла

Причины и патогенез.

- Селезеночный изгиб толстой кишки сопровождается высокой фиксацией плотными веерообразными связками к париетальной брюшине с возможным формированием «двустволки» с формированием стойкого спазма и задержки каловых масс.
- Причиной усиления спайкообразования с деформацией кишки в селезеночном углу возможно являются системные нарушения морфогенеза соединительной ткани.

Клиника

- **Основные жалобы – периодические боли в животе, хронические запоры и метеоризм.**
- **Период между актами дефекаций до 4 – 5 суток.**
- **В последующем возможно возникновение каловой интоксикации.**

Диагностика

- УЗИ
- Колоноскопия
- Ирригография
- Лапароскопия

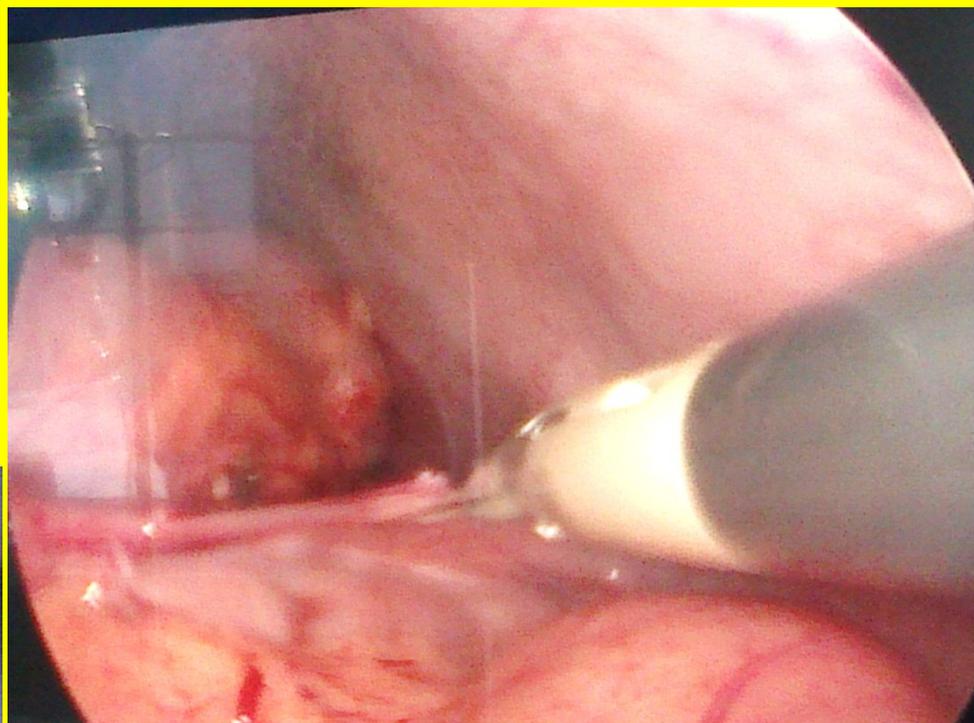
Долихоколон с высокой фиксацией селезеночного угла



Лечение

- Хирургическое лечение – лапароскопическая мобилизация селезеночного изгиба толстой кишки.
- Внутрибрюшная резекция с наложением анастомоза конец в конец.

Лапароскопическая мобилизация при высоком стоянии селезеночного угла



Болезнь Гиршпрунга

Аганглиоз терминальных отделов толстой кишки, сопровождающийся развитием мегаколона, запоров, метеоризма, образованием каловых камней.

- Частота болезни Гиршпрунга - 1 на 2000 – 5000**
- Мальчики болеют в 4 – 5 раз чаще чем девочки**
- Сочетание с пороками сердца и болезнью Дауна 4 и 5% соответственно**

Болезнь Гиршпрунга



Н. Hirschprung (1830 – 1916) датский педиатр, на обществе педиатров в Берлине в 1886 году сделал доклад «Запоры у новорожденных вследствие дилатации и гипертрофии толстой кишки» на основе своих наблюдений с описанием клинической картины заболевания, которое он называл *megacolon congenitum idiopathicum*.

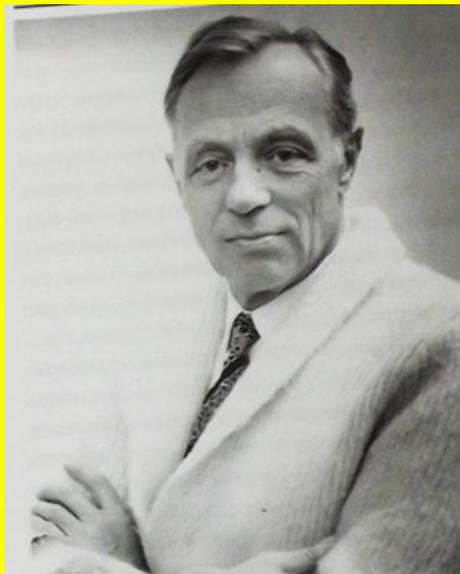
Болезнь Гиршпрунга

Orvar Swenson(США):

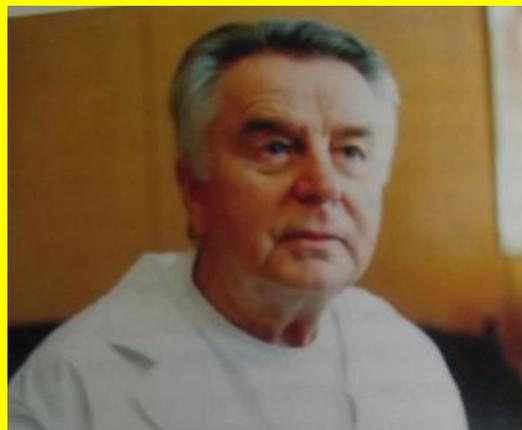
- первым доказал, что суженный сегмент толстой кишки является причиной болезни Гиршпрунга, и первым предложил и применил патогенетически обоснованный способ хирургической коррекции – резекцию суженного (аганглионарного) участка и расширенной части толстой кишки;
- предложил тактику с наложением разгрузочной колостомы перед последующей радикальной операцией;
- предложил и описал технику ирригографии с взвесью сульфата бария и рентгенологическую картину у детей с болезнью Гиршпрунга;
- внедрил в клиническую практику метод трансанальной биопсии прямой кишки для подтверждения аганглиоза;
- прооперировал более 200 детей с болезнью Гиршпрунга по своей методике, летальность – 3%(до этого 95%).



Болезнь Гиршпрунга

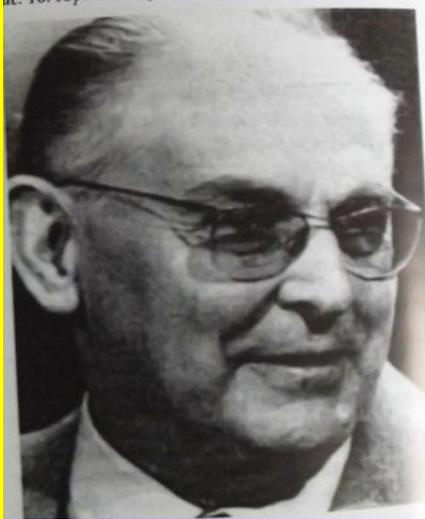


В СССР первую операцию по методике Свенсона выполнил С.Я. Долецкий на базе Филатовской детской больницы в Москве.

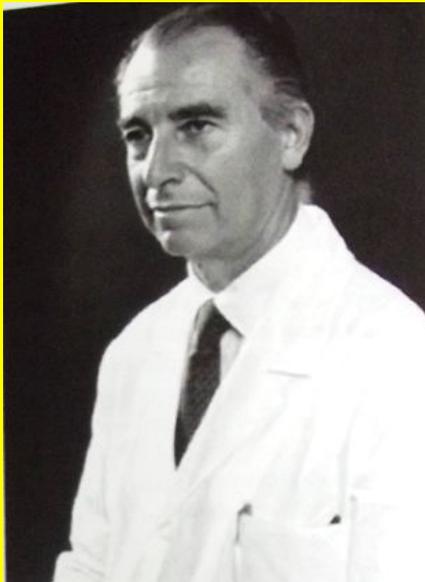


Академик РАМН Ю.Ф.Исаков описал опыт лечения 115 детей с болезнью Гиршпрунга, ему принадлежит фундаментальный труд «Мегаколон у детей»(1965). Им же выявлены нарушения структуры не только мышечного но и подслизистого сплетений в суженной части, дефицит ганглиев в зоне перехода суженной части в расширенную.

Болезнь Гиршпрунга

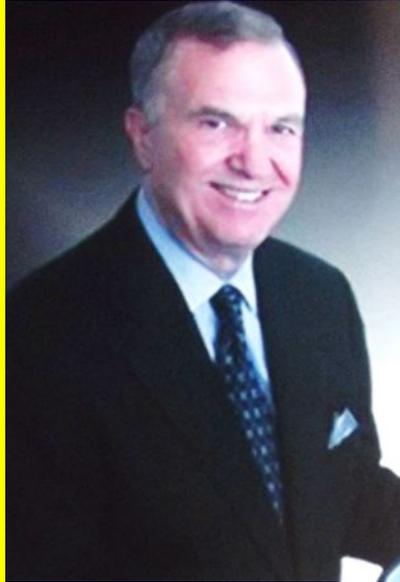


Bernard Duhamel (Франция) в 1956 году, положив в основу операцию Свенсона, предложил новую методику наложения заднего колоректального анастомоза непосредственно над уровнем анального сфинктера



В 1955 году Franco Soave (Италия) предложил свою модификацию операции Свенсона – эндоректальное низведение толстой кишки, положив в ее основу принцип демукотизации прямой кишки, начиная ее на 8 см выше переходной складки брюшины и заканчивая на расстоянии 1 см от зубчатой линии.

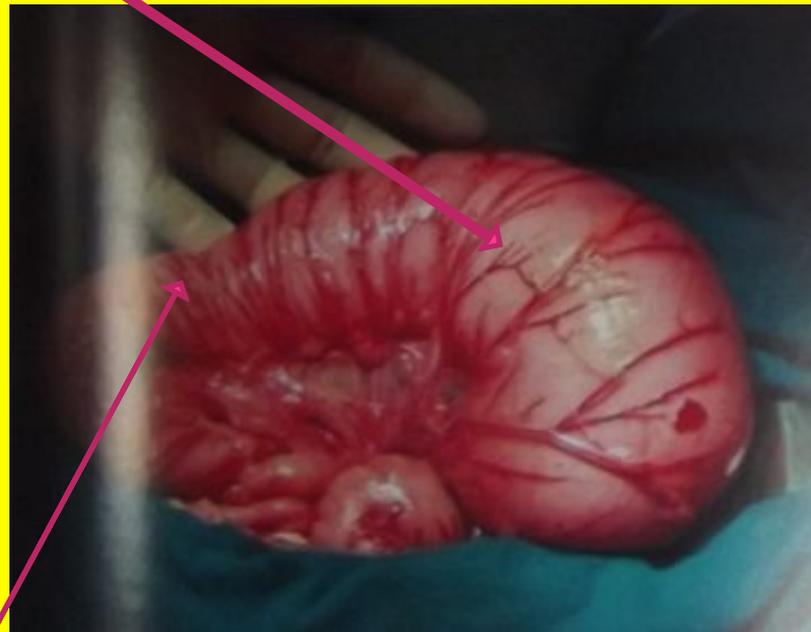
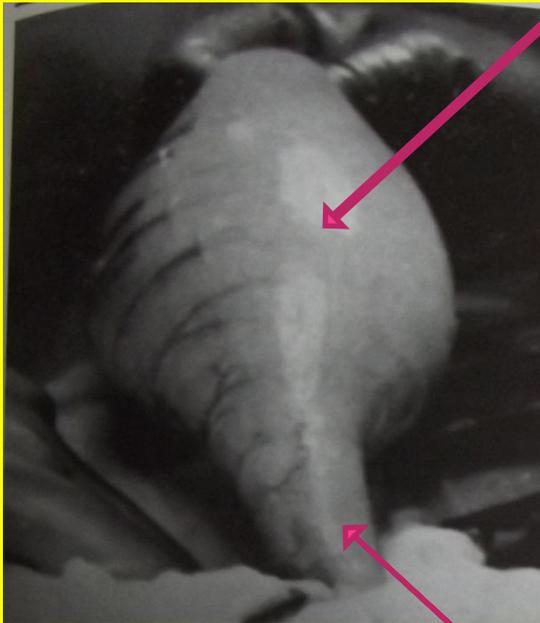
Болезнь Гиршпрунга



Keith Georgeson(США) в 1995 году описал лапароскопическую технику эндоректального низведения толстой кишки при болезни Гиршпрунга, в основе которой лежала методика Свенсона.

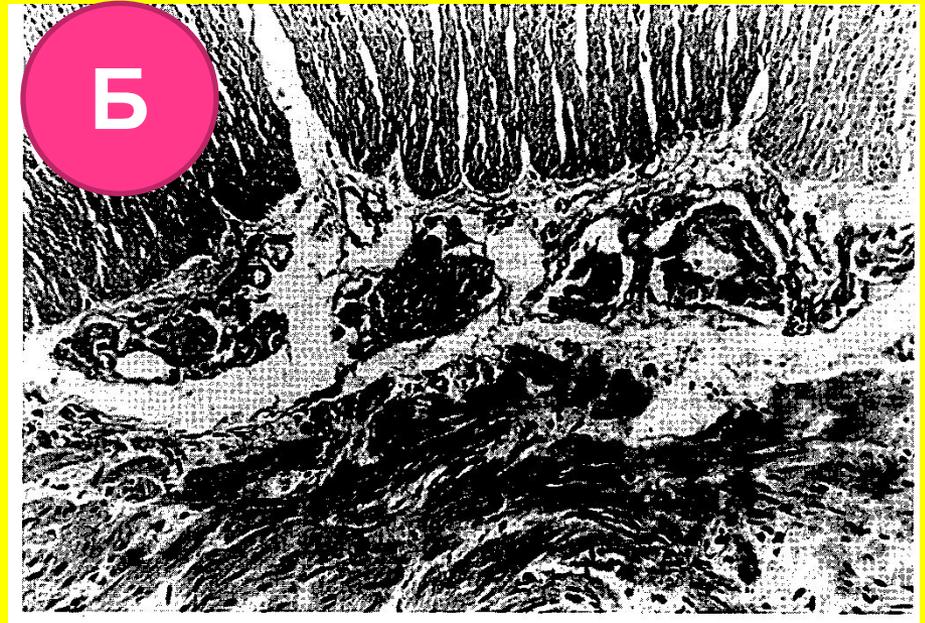
Внешний вид толстой кишки при болезни Гиршпрунга

Расширение(мегаколон)



Сужение(зона аганглиоза)

Гистологическая картина при болезни Гиршпрунга



А - Ректальный биоптат с нормальными ганглиозными клетками в мышечном слое. В - биоптат с отсутствием ганглиозных клеток в аганглиозном сегменте.

В нормальной кишке имеется 7 нервных клеток на 1 мм².

Движение каловых масс обеспечивается 4 типами сокращений:

- 1. Сегментирующие движения - локальные сокращения, перемешивают каловые массы, но не способствуют их движению по кишечнику.
- 2. Перистальтические сокращения осуществляют продвижение содержимого кишечника.
- 3. Сравнительно редко (3-4 раза в сутки) отмечаются массо-сокращения (пропульсивные), которые охватывают большую часть кишки и обеспечивают ее опорожнение.
- 4. Антиперистальтические сокращения способствуют перемешиванию содержимого кишечника.

Патогенез.

- **Наличие зоны аганглиоза приводит к отсутствию всех типов сокращений в пораженном участке кишки.**
- **В зоне аганглиоза происходит замещение мышечной ткани на фиброзную; этот участок толстой кишки выглядит суженным.**
- **Выше зоны аганглиоза толстая кишка расширяется (мегаколон) при скоплении в ней каловых масс, которые не проходят через зону аганглиоза.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ФОРМ И СТАДИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- **А. Анатомические формы**
- I. Ректальная
- II. Ректосигмоидная
- III. Сегментарная
- IV. Субтотальная
- V. Тотальная
- **Б. Клинические стадии**
- I. Компенсированная;
- II. Субкомпенсированная;
- III. Декомпенсированная.

Симптоматика болезни Гиршпрунга

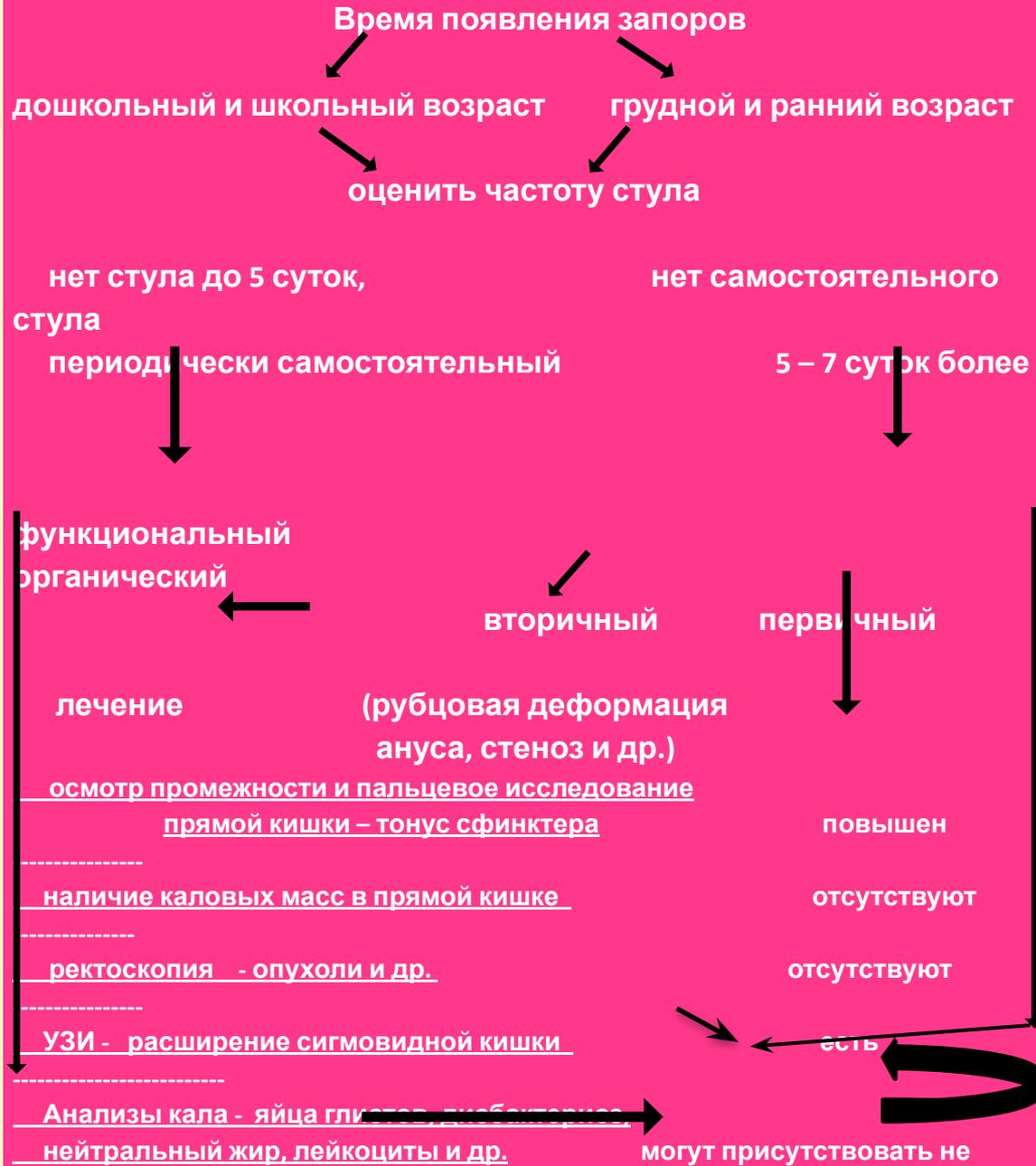
- А) ранние (запор – отсутствие самостоятельного стула, метеоризм, увеличение окружности живота);
- Б) поздние (анемия, гипотрофия, деформация грудной клетки, каловые камни, дисбиоз кишечника, колиты, парадоксальные диарея и недержание кала);
 - В) симптомы осложнений (рвота, боли в животе, асимметрия живота и др. симптомы низкой кишечной непроходимости).

Стадия компенсации – ранние симптомы.

Стадия субкомпенсации - ранние и поздние симптомы.

Стадия декомпенсации – ранние, поздние и симптомы осложнений(низкая кишечная непроходимость).

Алгоритм диагностики болезни Гиршпрунга

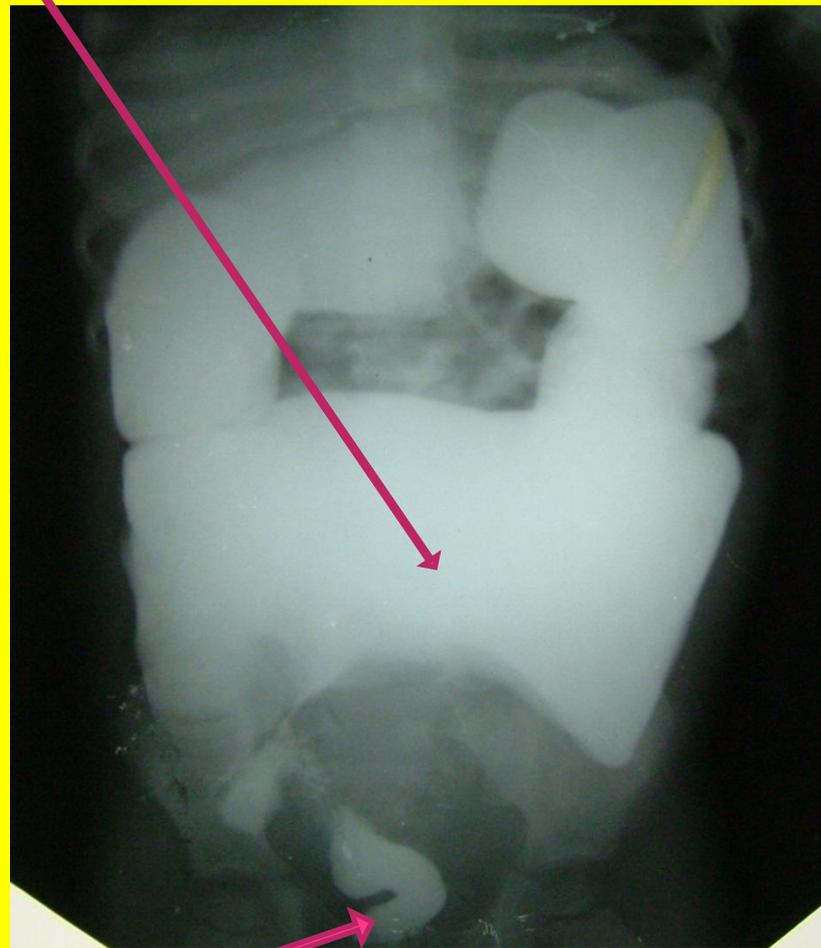
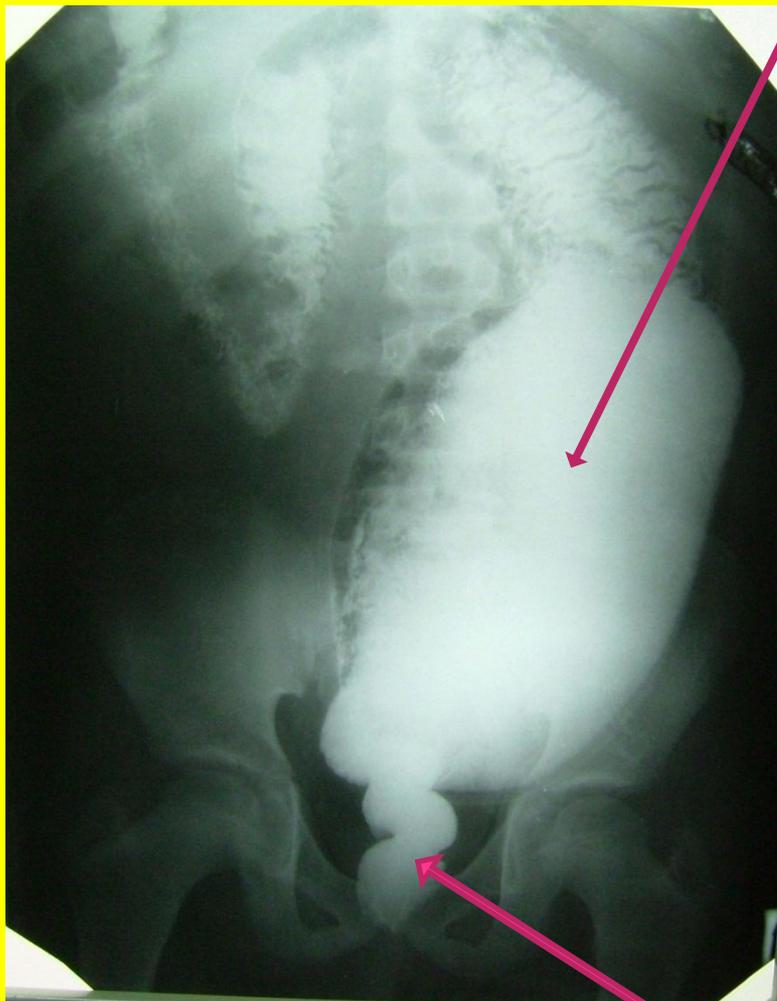


Диагностика

- **1.Ирригография.**
- **2.Функциональная диагностика: а)анализы кала – общий и на дисбиоз(включая и анаэробы); б) УЗИ брюшной полости с осмотром органов и толстой кишки + эндоректальное исследование.**
- **3.Биопсия: а)гистологическое исследование – наличие ганглиозных клеток в мышечном слое кишки; б) гистохимическое исследование – определение ацетилхолинэстеразы(повышена в 2 – 4 раза).**

Ирригограммы больных с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга (ректальная и ректосигмоидная формы)

Расширение (мегаколон)



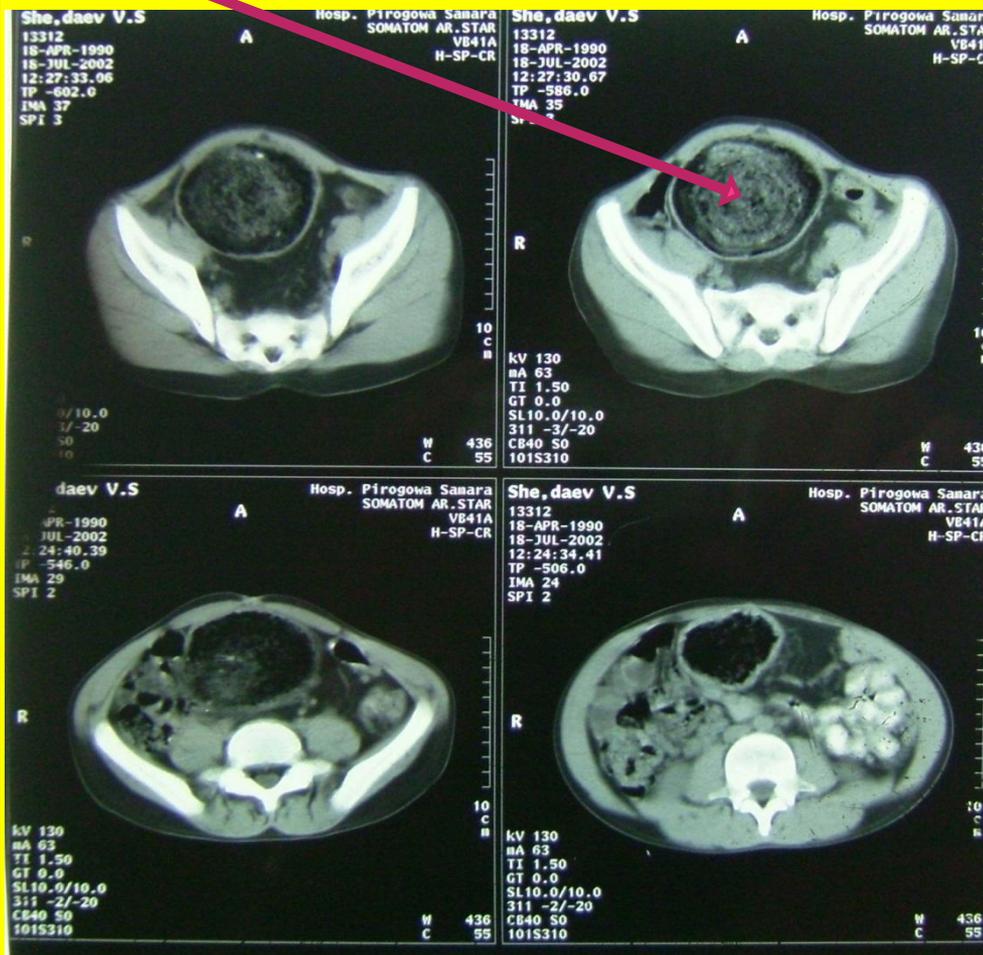
Аганглиоз (сужение)

Ирригограмма новорожденного с тотальным аганглиозом с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга



Обзорная R-грамма и КТ больного с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга

Каловый камень(фекалома) в просвете сигмовидной кишки



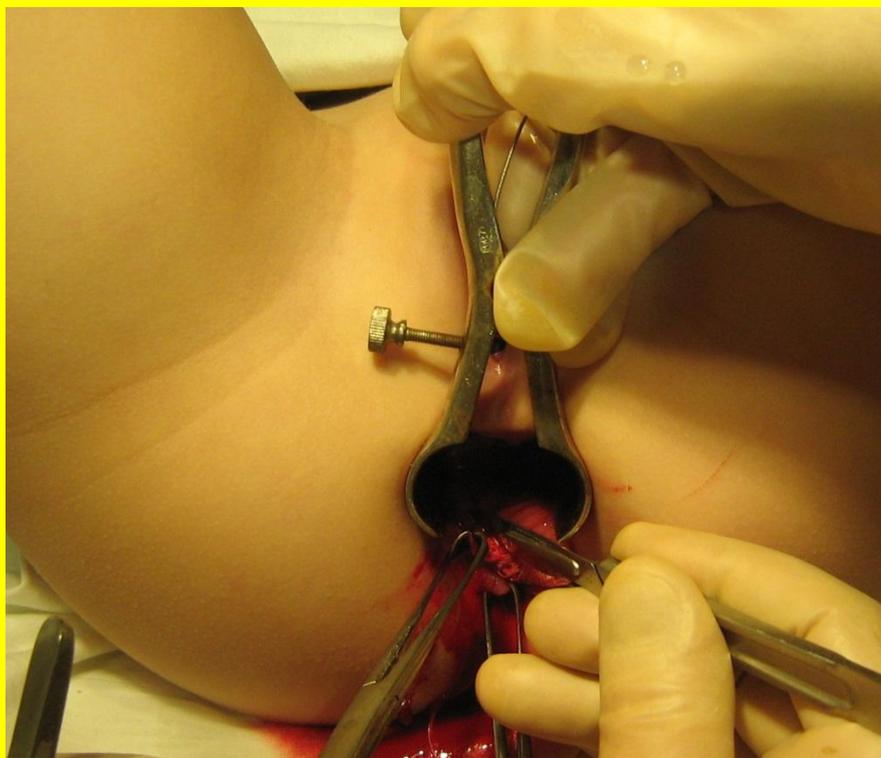
**Исследование на кала дисбиоз является
обязательным для всех больных с болезнью
Гиршпрунга**

- Наиболее часто высеваются *Staph.aureus*, *Kl.pneumoniae*, *Ent.faecium*, *Candida albicans*.
- Нередко у детей с хроническим колостазом отмечается колонизация *Clostridium difficile*.

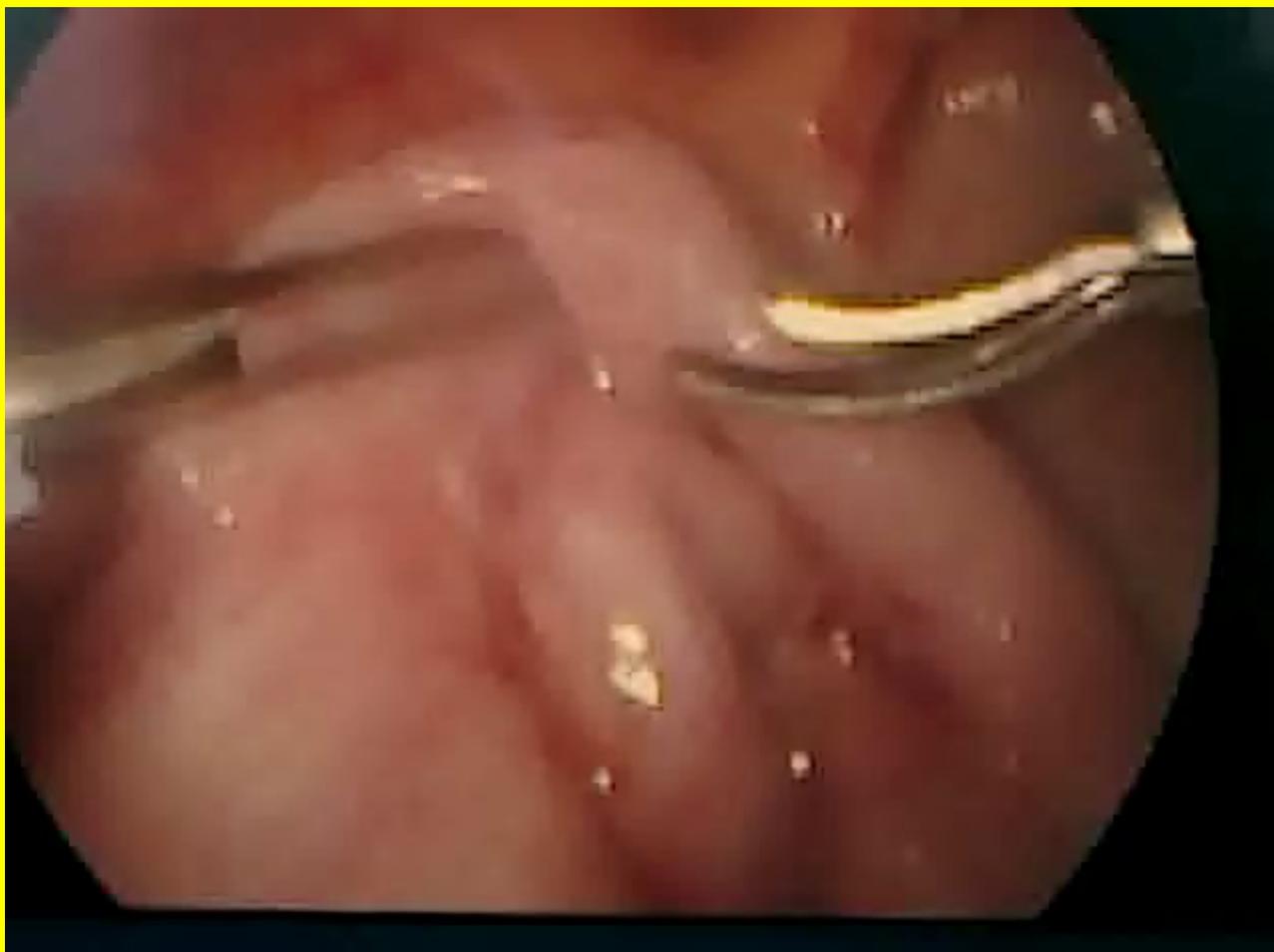
УЗИ. Утолщение стенки кишки(норма до 2мм, при гипертрофии у ребенка с болезнью Гиршпрунга – более чем 4мм)



Биопсия прямой кишки по Свенсону

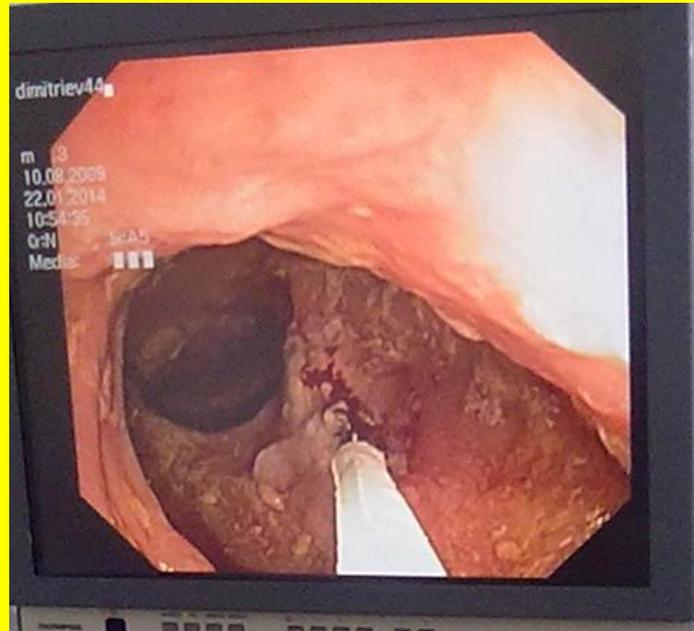
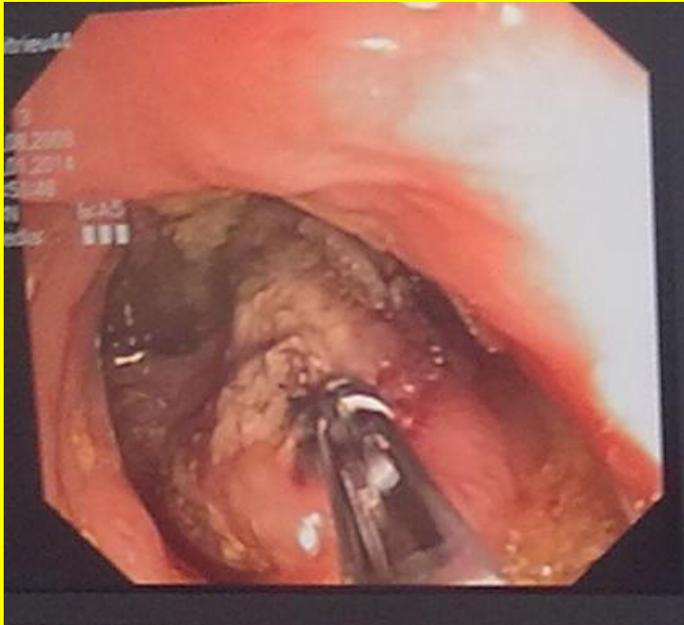


Лапароскопическая биопсия





Биопсия при колоноскопии



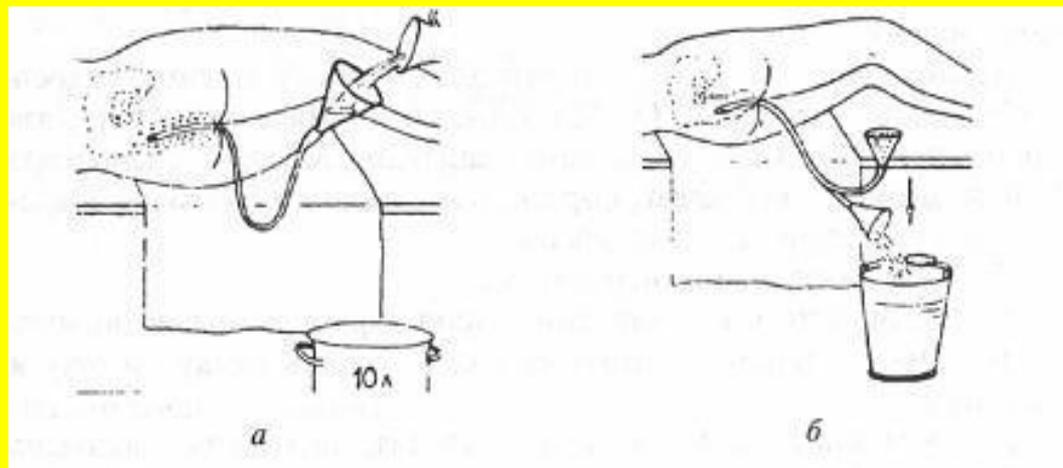
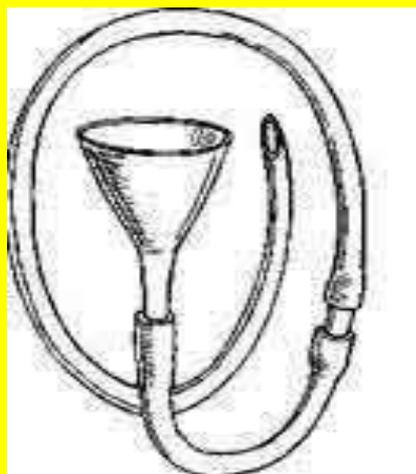
Лечение болезни Гиршпрунга

- **Болезнь Гиршпрунга излечивают только хирургическим путем.**
- **Возможны три варианта лечебной тактики:**
- **1) стадия компенсации - раннее (включая период новорожденности) радикальное вмешательство;**
- **2) стадия субкомпенсации - консервативное лечение запоров до тех пор, пока не возникнет уверенность в целесообразности радикальной операции;**
- **3) стадия декомпенсации - наложение временной колостомы и отсрочка радикальной операции.**

Подготовка к плановой операции при болезни Гиршпрунга

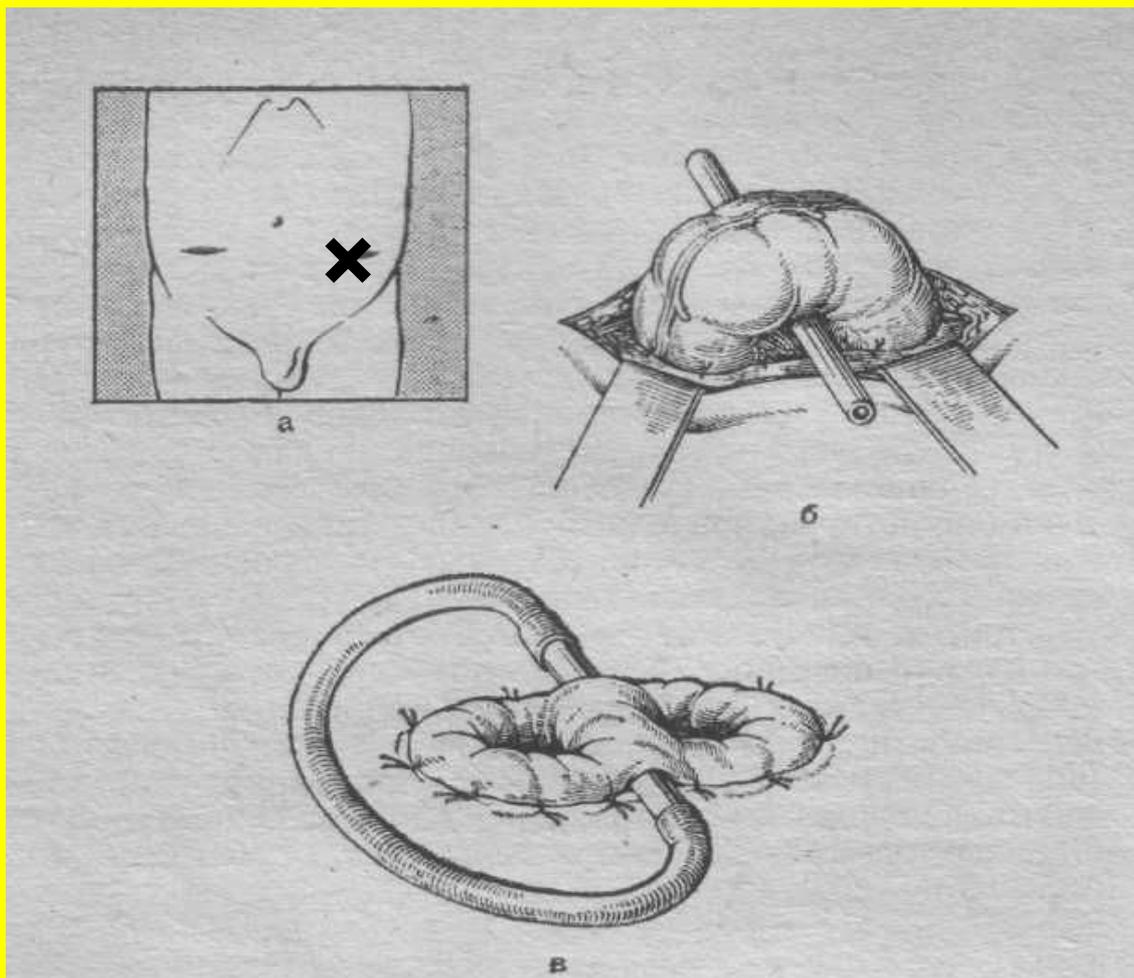
- Цели подготовки:
- I. Укрепление общего состояния и корригирование вторичных изменений.
 - 1. Рациональная диета с богатым содержанием белков.
 - 2. Плазмозаменители и растворы электролитов.
 - 3. Витаминотерапия.
 - 4. Медикаментозная терапия: аминокислоты, липотропные средства; препараты, нормализующие кишечную флору.
- II Профилактика каловой интоксикации и борьба с ней.
 - Виды мероприятий: 1. Массаж передней брюшной стенки, ЛФК, слабительные средства, очистительные клизмы. 2. Сифонные клизмы 1% р-ром хлорида натрия комнатной терапии. 3. Колостомия.
- III Стерилизация дистального отдела толстой кишки.
 - Виды мероприятий: 1. Кефирная или ацидофильная диета в течение 2 сут. 2. Механическое очищение кишечника клизмами.
 - 3. Местное применение антибактериальных препаратов.

Сифонная клизма

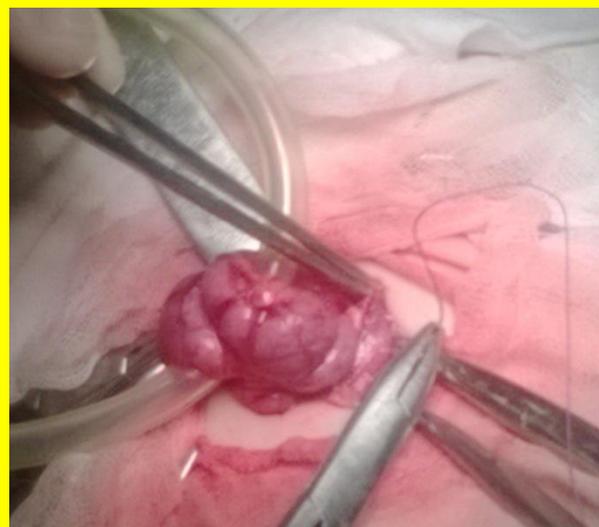
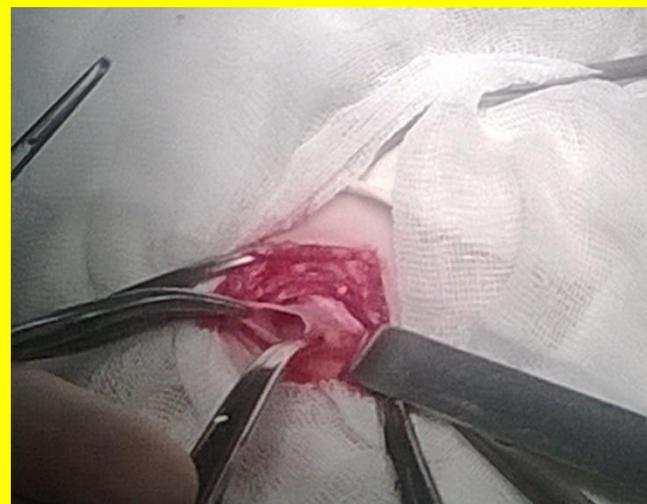


Кишечный зонд с воронкой; постановка сифонной клизмы:
а- в воронку наливают 1% р-р хлорида натрия комнатной температуры, поступающий в толстую кишку;
б- после опускания воронки через нее начинает выделяться содержимое кишечника.

Создание противоестественного заднего прохода у ребенка при болезни Гиршпрунга



Петлевая колостомия с формированием anus preternaturalis



Противоестественный задний проход (anus preternaturalis) у ребенка с болезнью Гиршпрунга



Цель оперативных вмешательств при болезни Гиршпрунга – резекция аганглионарной зоны и переходного участка(зона мегаколон).

Этапы оперативных вмешательств:

- 1) мобилизация**
- 2) низведение на промежность**
- 3) резекция измененного участка толстой кишки**
- 4) наложение анастомоза с восстановлением целостности тазовой брюшины и ушиванием брюшной полости**

Показания к выбору оперативного вмешательства

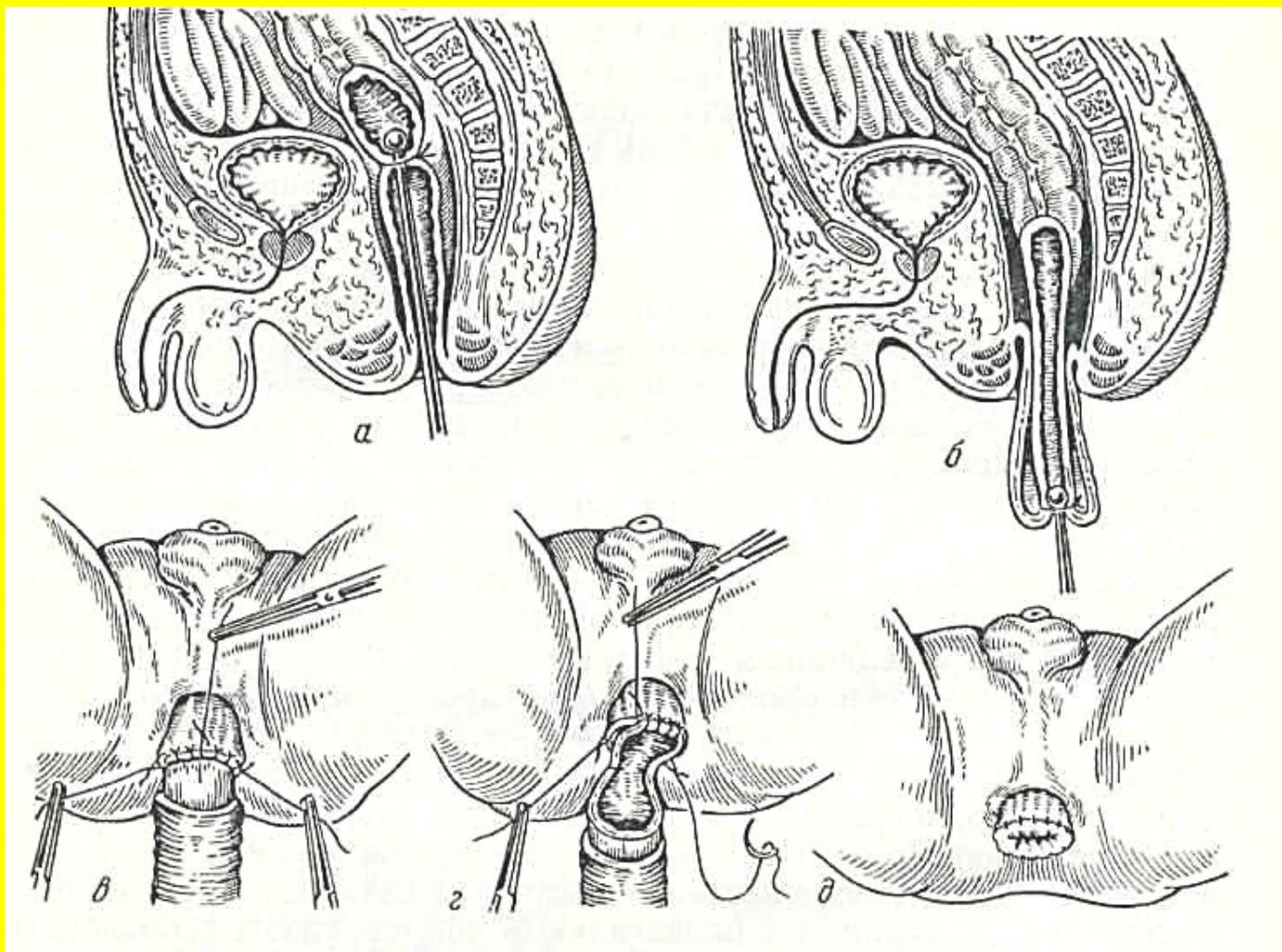
- Операция Ребейна – при небольшой высоко расположенной внутрибрюшной аганглионарной зоне с хорошим сопоставлением диаметров анастомозируемых участков кишки.
- Операция по Свенсону-Хиату-Исакову – при значительном аганглиозе и выраженном мегаколоне.
- Операция по Соаве-Ленюшкину – при небольшом аганглиозе, невыраженном мегаколоне и при небольших изменениях в брыжейке.
- Операция Соаве – Джорджсона – лапароскопическое низведение толстой кишки, выполняется в стадии компенсации при различных формах болезни Гиршпрунга

Предложено множество разнообразных методов хирургического лечения болезни Гиршпрунга и их модификаций.

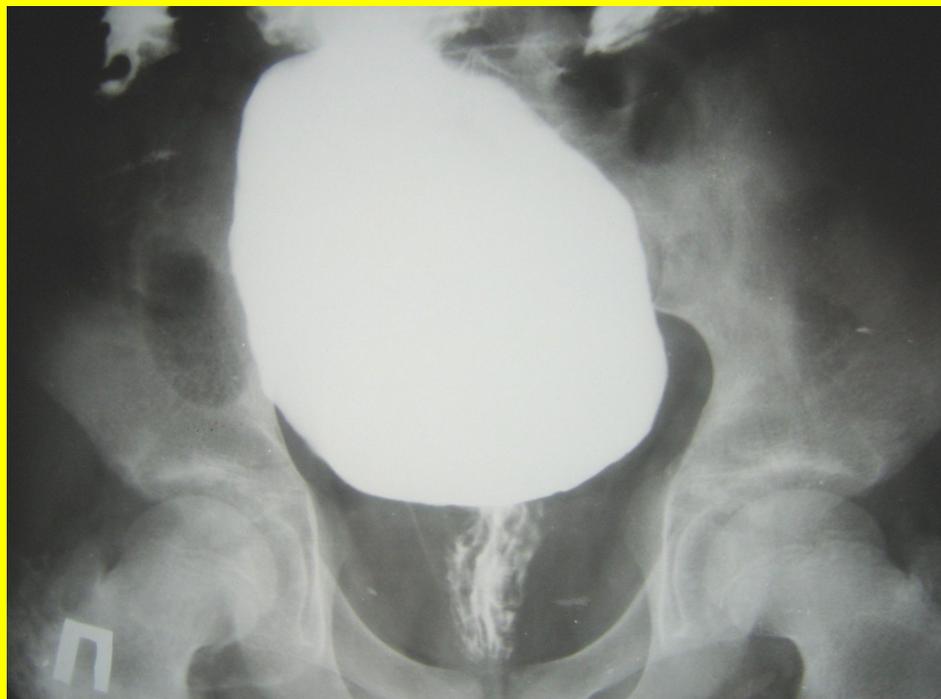
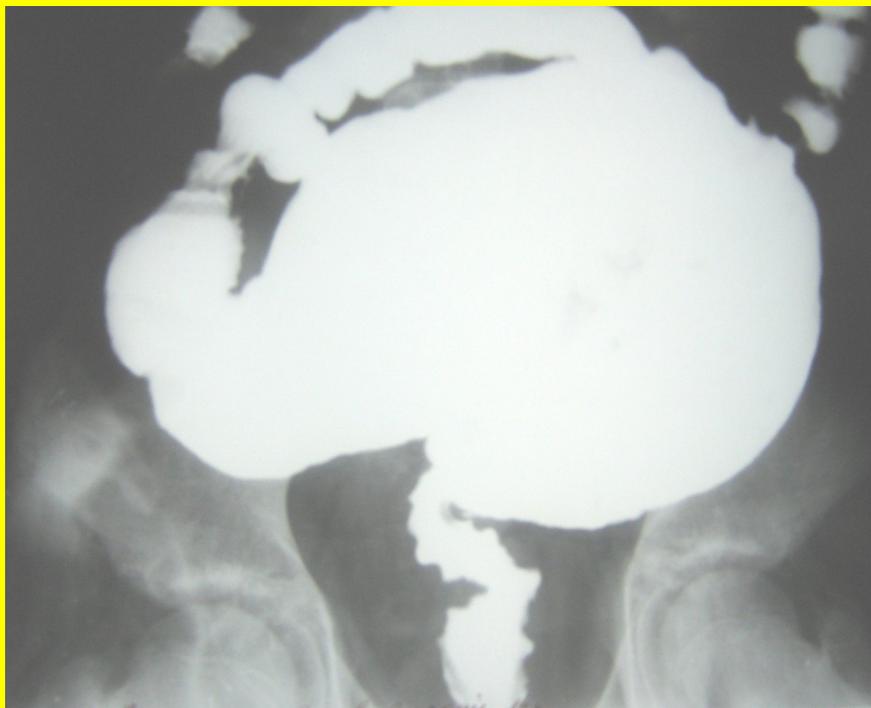
- Свенсон (1948) – брюшно-промежностная ректосигмоидэктомия (летальность с 95% снизилась до 2-3%).
- Hiatt R. (1951) – резекция вне брюшной полости после эвагинации мобилизованного дистального участка толстой кишки.
- Ю.Ф.Исаков (1963) – мобилизация прямой кишки в передне-заднем косом направлении (исключает травму семенных пузырьков и протоков).
- Стайт (1952) – интраабдоминальная резекция с наложением прямого анастомоза ниже переходной складки брюшины.
- Ребейн (1958) – более низкая резекция чем у Стайта с пластикой по адаптации разных диаметров кишки после резекции.

- Дюамель (1956) – ретроректальное трансанальное низведение ободочной кишки.
- Г.А.Баиров (1965) – на сформированную шпору накладывал раздавливающий зажим собственной конструкции.
- Соаве (1955) – эндоректальное низведение без первичного анастомоза.
- А.И.Ленюшкин (1970) – предложил заворачивать верхнюю кишку на манер манжеты – увеличивается плотность соединения тканей.
- Кейт Джордсон (1995) – лапароскопическое эндоректальное низведение по методике Свенсона.
- Менее травматична лапароскопическая операция по Соаве – Джорджсону.
- Де ла Торре-Мондрэгона и А. Ортега - трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки без лапаротомии или лапароскопического пособия и выполняется через анальный канал.

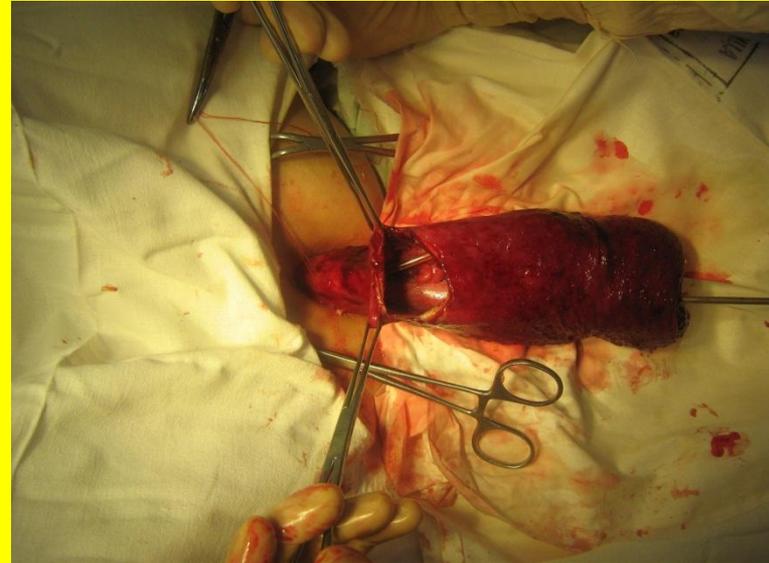
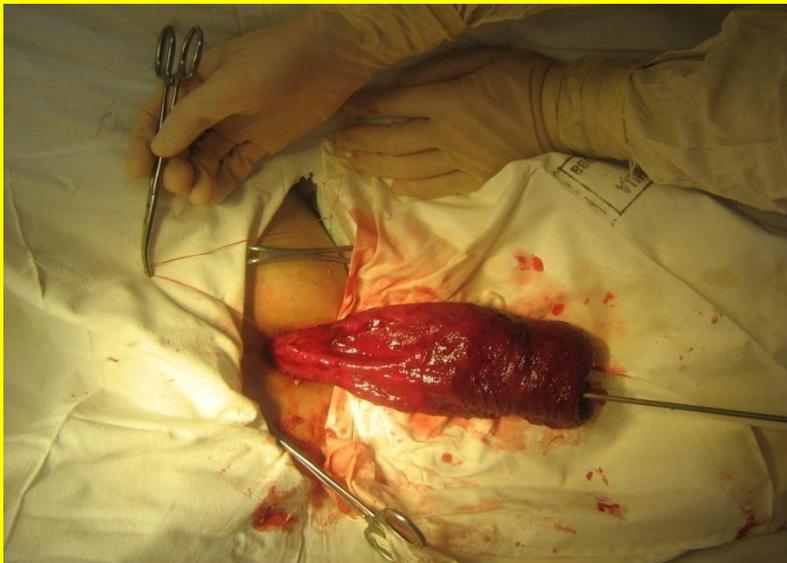
Операция Свенсона-Хиатта-Исакова



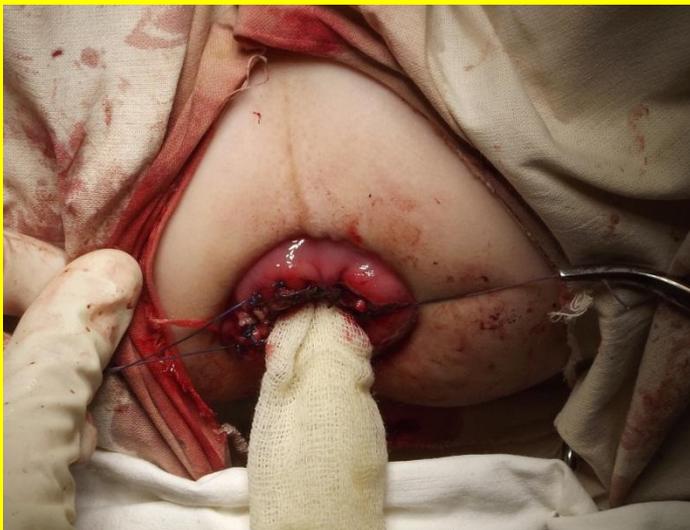
Ирригограмма больного с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга(больной С., 12 лет)



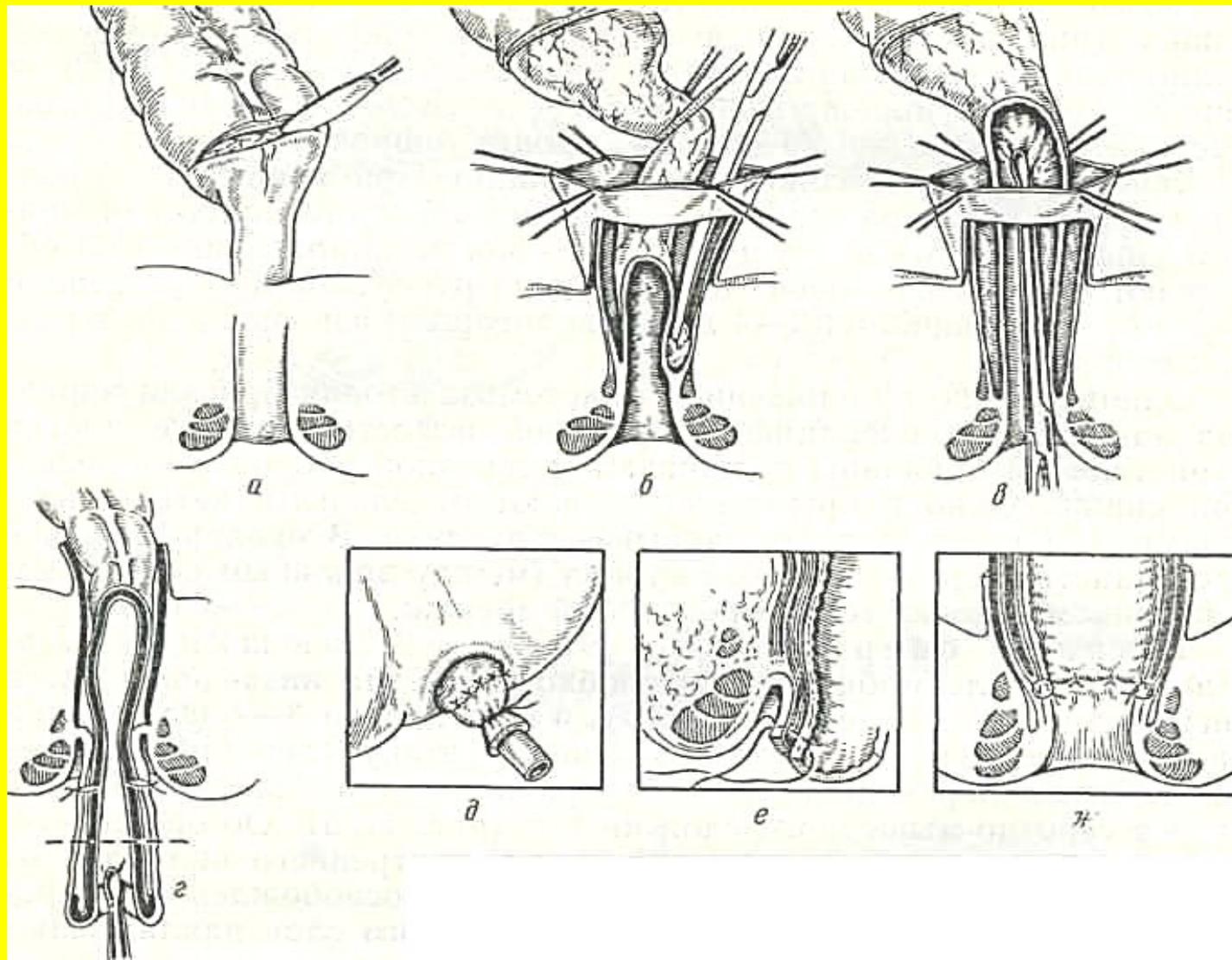
Операция Свенсона – Хиатта – Исакова



Иссечение избытка низведенной кишки (отсроченный этап операции Свенсона – Хиатта – Исакова)



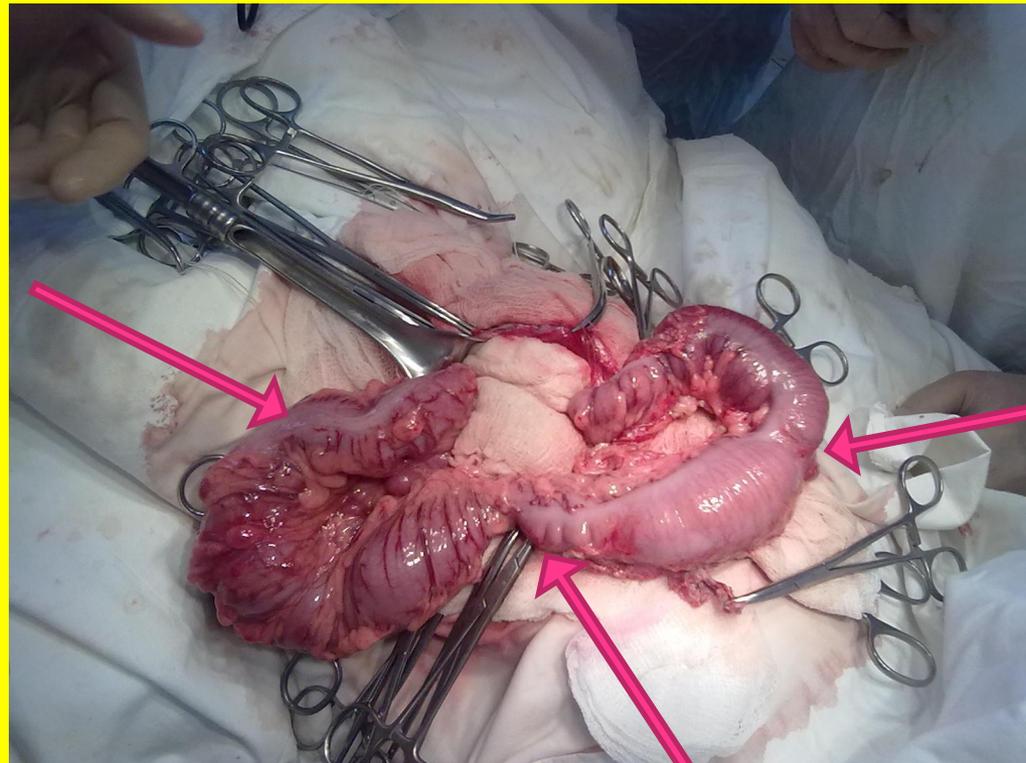
Этапы операции Соаве — Лёнюшкина



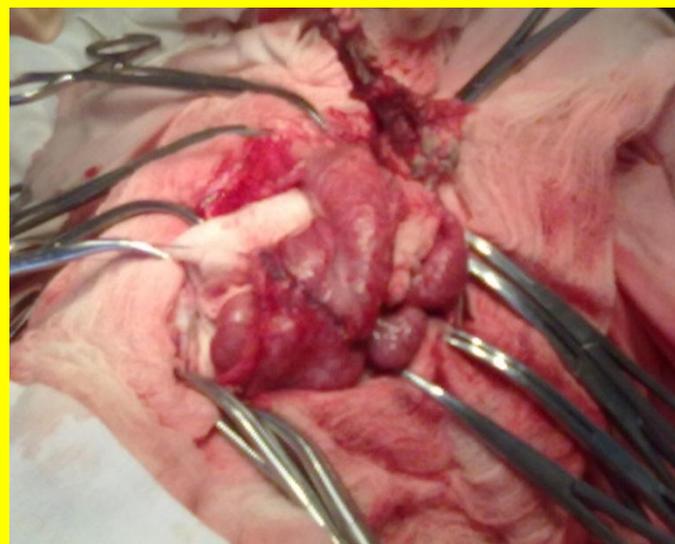
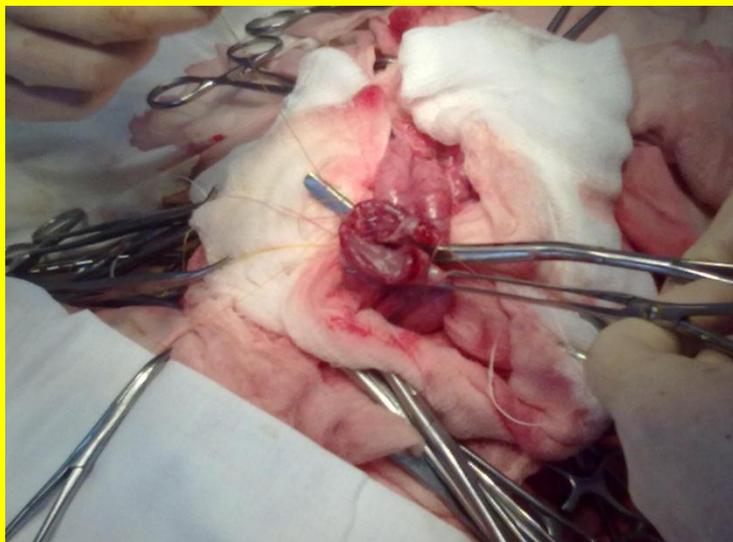
Этапы операции Соаве — Лёнюшкина



Внутрибрюшная резекция толстой кишки при сегментарной форме болезни Гиршпрунга (3 сегмента аганглиоза)



Внутрибрюшная резекция толстой кишки при сегментарной форме болезни Гиршпрунга



Расположение и фиксация портов на передней брюшной стенке при лапароскопической операции по поводу болезни Гиршпрунга



А) мобилизация прямой кишки с вскрытием тазовой брюшины; б) мобилизация толстой кишки(зоны аганглиоза).

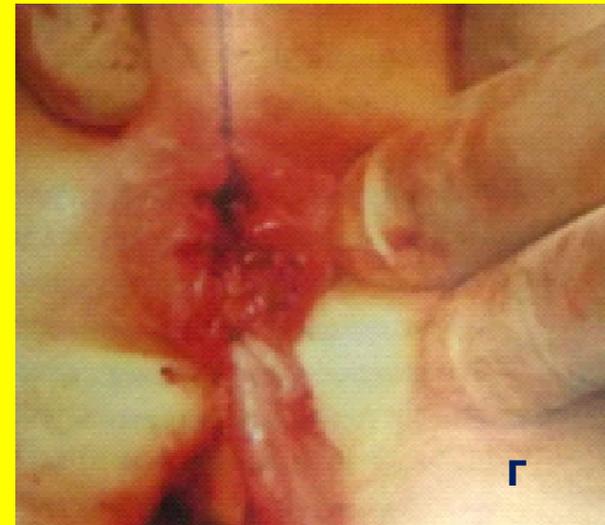
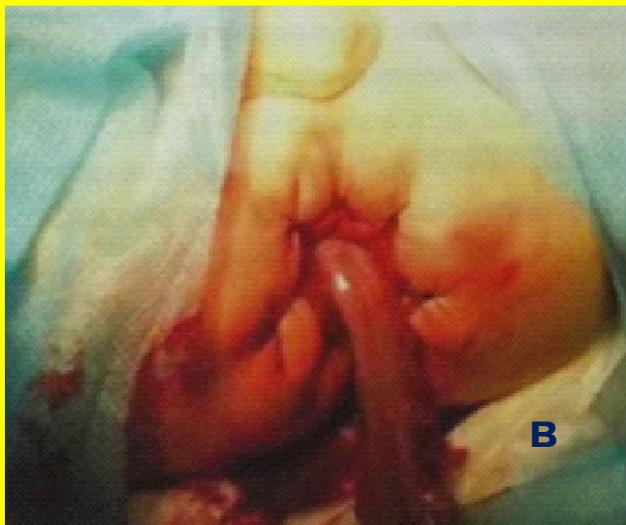
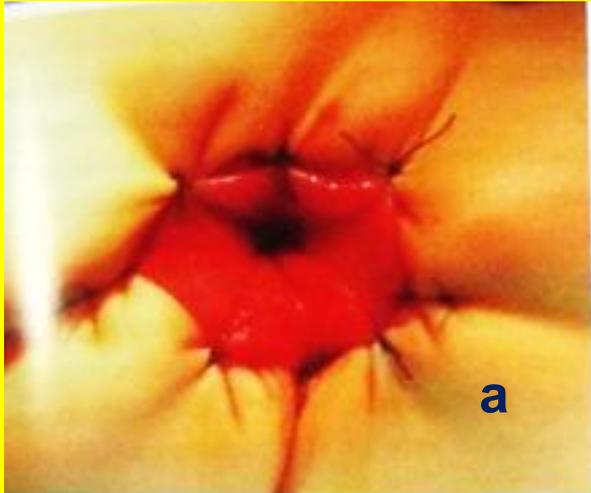


а

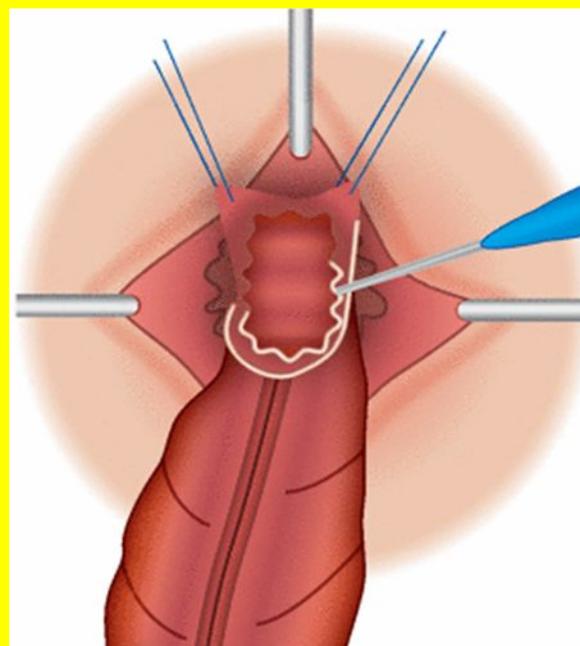
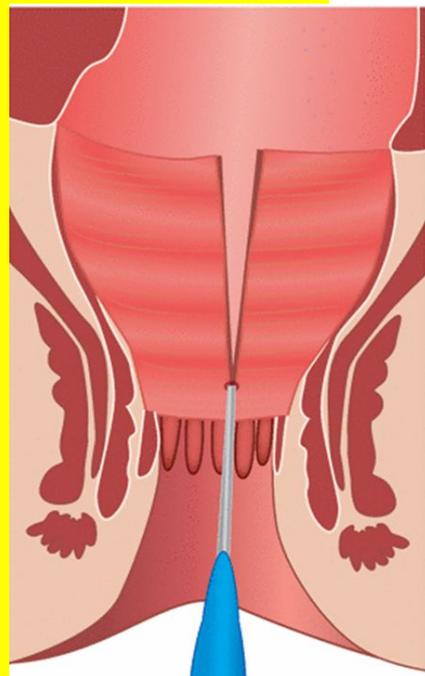
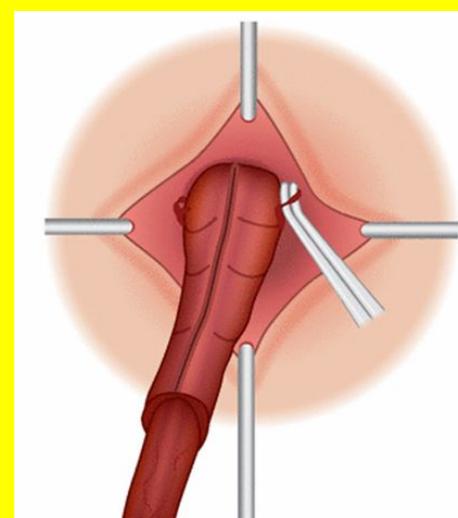
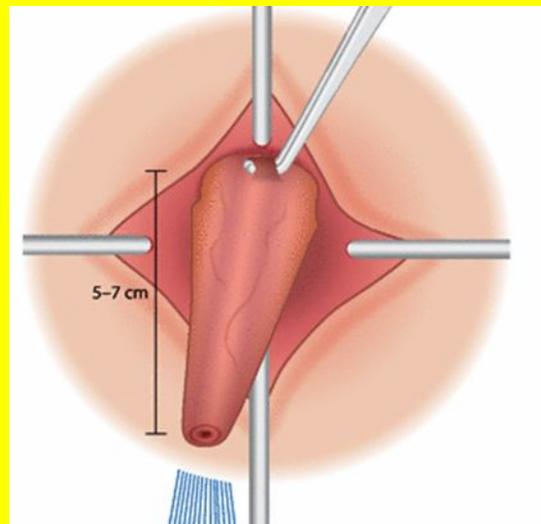
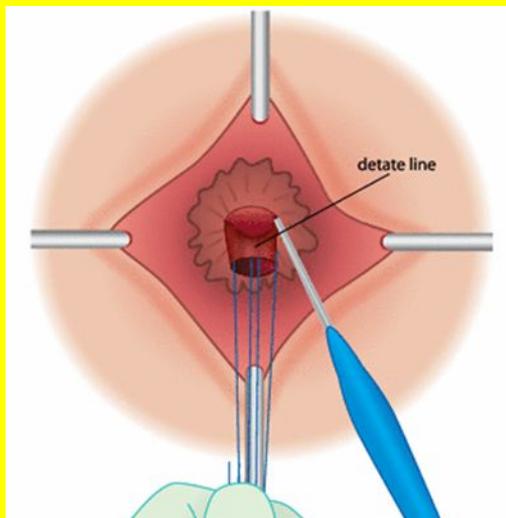


б

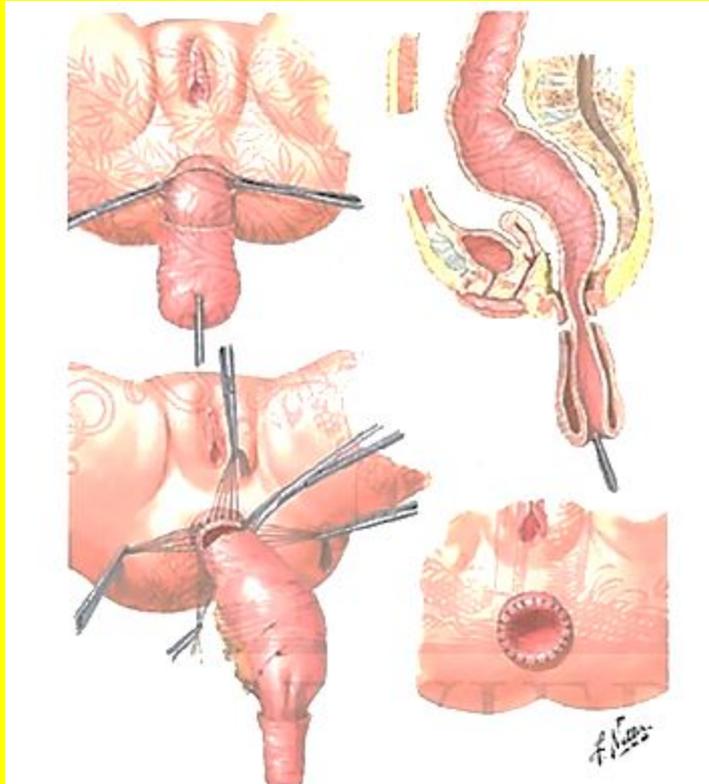
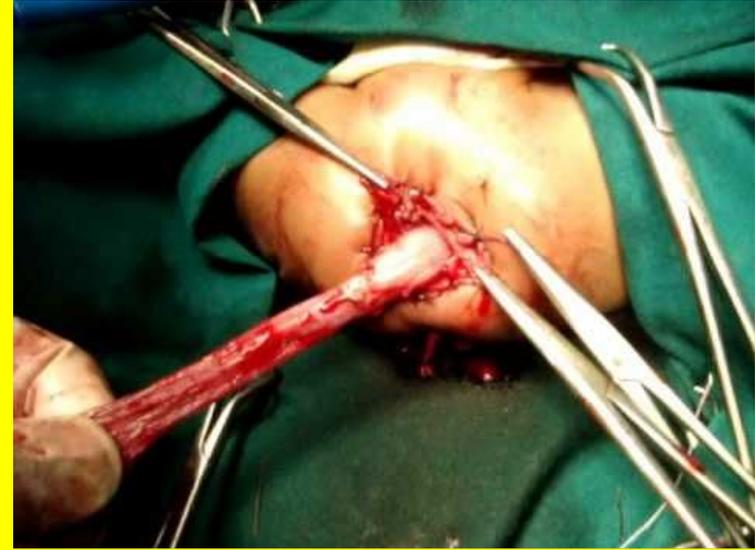
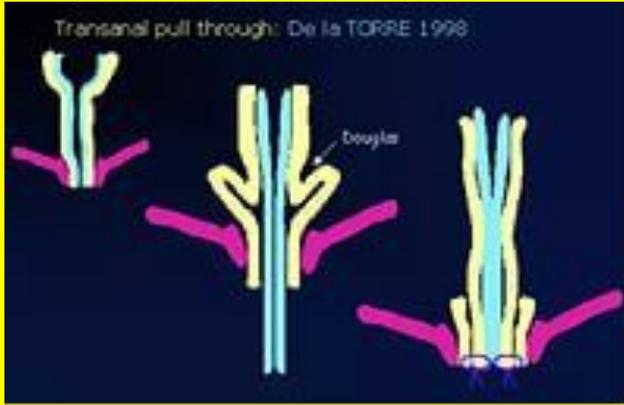
а) подготовка к мобилизации со стороны промежности (слизистая прямой кишки подшита к коже), б) демукотизация прямой кишки (б) и низведение кишки на промежность (в), г) наложение колоанального анастомоза



Операция Де ла Торре-Мондрэгона и А. Ортега



Операция Де ла Торре-Мондрэгона и А. Ортега



Ведение ближайшего

послеоперационного периода.

- 1. Возвышенное полусидячее положение, назначают обезболивающие средства и антибиотики широкого спектра действия для профилактики пневмонии (5—6 дней).
- 2. Уретральный катетер извлекают сразу после нее или конце первых суток. На парентеральном питании ребенок находится 1—2 суток, затем назначают стол индивидуально.
- 3. Культю выведенной кишки дважды за сутки орошают мазью. С 7—8-го дня ребенок может начать ходить.
- 4. Накануне заключительного этапа операции кишечник очищают легкой сифонной клизмой. После отсечения культи в первые сутки назначают водно-чайную диету, со 2-х суток назначают стол, как после аппендэктомии. Контрольное пальцевое исследование линии

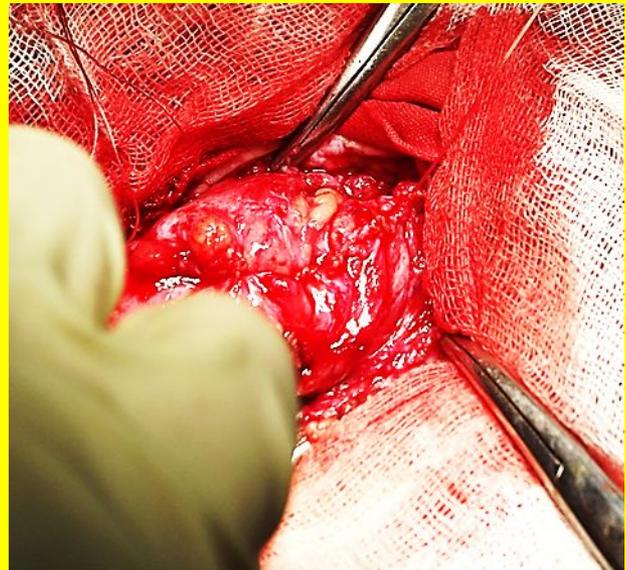
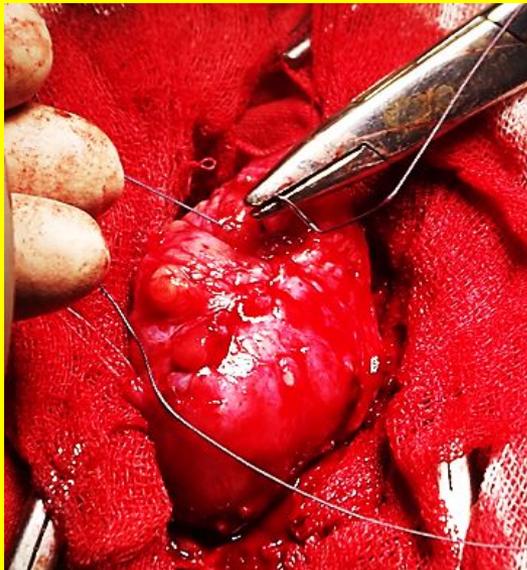
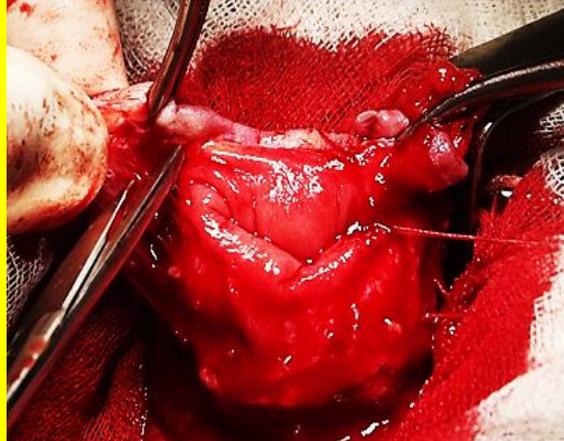
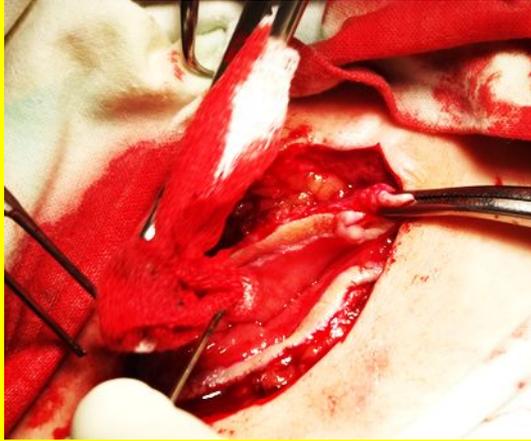
Недостатки оперативных вмешательств

- При операции по Свенсону-Хиату-Исакову - нарушение иннервации мочевого пузыря, оставление аганглионарного участка дистальной части прямой кишки, инфицирование полости малого таза между швами анастомоза.
- При операции по Дюамелю-Баирову - формирование межкишечного анастомоза с помощью зажимов различного вида, приводит к развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде у 45% оперированных, а плохие отдаленные результаты - у 29% .
- При операция по Соаве-Ленюшкину - абсцессы межфутлярного пространства, некроз низведенной кишки, стеноз прямой кишки, несостоятельности анастомоза. Срастаясь с низведенной кишкой, аганглионарный мышечный цилиндр препятствует нормальному ее функционированию, что и проявляется продолжающимися запорами или недержанием кала (каломазанием).

Осложнения после операций по поводу болезни Гиршпрунга

- **1. Воспалительные осложнения со стороны брюшной полости, анастомоза, промежности и малого таза (перитонит, анастомозит, флегмона, абсцесс).**
- **2. Обструктивные осложнения: спаечная кишечная непроходимость, остаточная зона аганглиоза, нарушение моторики толстой кишки, хронические запоры, недостаточность внутреннего сфинктера.**
- **3. Анальная инконтиненция.**
- **4. Колит.**

Заккрытие колостомы



Реабилитационные мероприятия после операций у детей с болезнью Гиршпрунга

Общие лечебные мероприятия:

- 1) лечебное питание;
- 2) витаминотерапия;
- 3) ферментные и бактериальные препараты;
- 4) стимуляторы организма.

Местные мероприятия:

- 1) формирование рефлекторных механизмов дефекации;
- 2) тренировка новообразованной прямой кишки и ее воссозданного запирающего аппарата.

Идиопатический мегаколон

- При идиопатическом мегаколоне интрамуральное нервное сплетение обычное, ганглиозные клетки в нормальном числе.
- Твердые массы и комки кала заполняют ампулу прямой кишки, непосредственно обнаруживаются в ней при исследовании через задний проход.
- Часто присутствует энкопрез.

Идиопатический мегаколон

- Ряд авторов считают причиной возникновения идиопатического мегаколона функциональные нарушения вегетативной НС.
- Возбуждение парасимпатических нервов приводит к повышению тонуса кишки и расслаблению сфинктеров, возбуждение симпатических нервов вызывает сокращение сфинктеров и расслабление кишки со снижением ее тонуса.
- Поэтому различные нарушения, приводящие к повышению тонуса симпатической части вегетативной НС, могут вызывать расширение ободочной кишки

Клиника

- Аналогична болезни Гиршпрунга(БГ), однако запор, как правило, появляется позднее и постепенно нарастает, хотя возможны и спонтанные ремиссии.
- Заболевание протекает легче, чем БГ, чаще поддается консервативному лечению.
- При пальцевом исследовании прямой кишки ампула ее расширена и заполнена калом, в то время как при БГ она небольших размеров, пустая.

Ирригограммы



Идиопатический мегаколон

- Лечение идиопатического мегаколона начинают обычно с консервативных мероприятий, которые направлены на полное освобождение кишечника от каловых масс, что должно способствовать восстановлению тонуса кишки, и на выработку у больного регулярного привычного акта дефекации.
- При неэффективности консервативного лечения выполняют операцию. Наибольшее распространение получили брюшно-анальная резекция и субтотальная колэктомия с цекоректальным анастомозом

Преимущества видеоассистированных операций

- **Видеоассистированные операции позволяют выполнять радикальную коррекцию данного заболевания не в два, а в один этап, что значительно быстрее помогает ребенку пройти реабилитационный период, и в экономическом плане – сократить затраты на лечение, так как уменьшаются сроки госпитализации.**
- **Малоинвазивные операции позволяют снизить количество осложнений как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периоде.**

Контрольные вопросы

- 1.Анатомические и физиологические предпосылки запоров у детей.
- 2.Актуальность проблемы запоров у детей
- 3. Классификация А.И.Ленюшкина хронических запоров у детей.
- 4.Долихосигма как предпосылка к развитию запоров с клинической характеристикой.
- 5.Основные методы по диагностике и лечению долихосигмы.
- 6 Что является основным звеном в этиопатогенезе болезни Гиршпрунга?
- 7. Классификация болезни Гиршпрунга.
- 8.Перечислить симптомы болезни Гиршпрунга.
- 9.Какие основные методы необходимы для диагностики болезни Гиршпрунга?
- 11.Предоперационная подготовка для детей с болезнью Гиршпрунга
- 12.Методика постановки сифонной клизмы у детей.
- 13.Основные оперативные методы лечения детей с

Рекомендуемая литература

- 1.Аминев А.М.. Руководство по проктологии. Т.4 Куйбышев, 1979 С.253 – 335
- 2. Детская хирургия: национальное руководство/под ред.Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. С.486 – 496.
- 3. Детская хирургия: учебник/под ред. Ю.Ф.Исакова, , А.Ю.Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1040с.
- 4. Детская колопроктология: Руководство/Под общ.ред.Гераськина А.В.,
Дронова А.Ф.,Смирнова А.И. – М.: Изд.группа «Контэнт», 2012. – С.270 – 342.
- 5. Кузьмин А.И. Хирургические аспекты диагностики и лечения хронических запоров у детей: Учебное пособие. – ИПК «Содружество»,
Самара, 2006г.- 68с.
- 6. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М.,
Медицина, 1999, С.112 – 118, 128 – 163.
- 7. Основы детской хирургии: учебное пособие / под ред.П.В.Глыбочко, В.Г.Полякова, Д.А.Морозова. – М.:Практическая медицина, 2009. С.72 – 75.
- 8. Хирургические болезни детского возраста. Учебник. в 2 томах. М.: