

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 09.03.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «Детская хирургия»

Специальность 31.08.16 Детская хирургия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра Детской хирургии

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии:

1. ФГОС ВО по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Министерством образования и науки России 25 августа 2014 года, приказ № 1058.
2. Учебным планом по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 года (протокол № 5).
3. Профессиональным стандартом «Врач – детский хирург», утвержденный приказом Минтруда России от 12.04.2018 г. № 134-н

Рабочая программа практики одобрена:

кафедрой Детской хирургии «27» июня 2018 года (протокол № 1)

Заведующий кафедрой М.П. Разин

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «27» июня 2018 года (протокол № 1)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «27» июня 2018 года (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры детской хирургии Н.К. Сухих

Рецензенты

Заведующий кафедрой педиатрии ГБОУ ВПО

Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н. профессор Я.Ю. Иллек

Заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО

Ставропольский ГМУ Минздрава России, д.м.н. профессор С.В. Минаев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	5
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	9
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	10
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	11
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	12
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	29
3.7. Лабораторный практикум	29
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	29
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	29
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	29
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	29
4.2.1. Основная литература	30
4.2.2. Дополнительная литература	31
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	33
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	33
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	34
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	35
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	37
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	37

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля): освоение хирургических приемов и методов в объеме, достаточном для самостоятельного осуществления экстренной и плановой хирургической помощи детям; совершенствование знаний и умений по оказанию лечебно-профилактической помощи детскому населению, методам оказания неотложной помощи детям на догоспитальном этапе при острых и urgentных состояниях; развитие клиническое мышления по ранней диагностике наиболее часто встречающихся заболеваний у детей с учётом возрастных особенностей их течения, лечения, профилактики и диспансеризации. Подготовка квалифицированного врача-хирурга детского, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врачом –детским хирургом.

1.2. Задачи изучения дисциплины:

В рамках профилактической деятельности:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

В рамках диагностической деятельности:

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

В рамках лечебной деятельности:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

В рамках реабилитационной деятельности:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

В рамках психолого-педагогической деятельности:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Задачи дисциплины

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «Детская хирургия», способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Детская хирургия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

4. Подготовить врача по специальности «Детская хирургия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу по диагностике и лечению хирургических заболеваний у детей свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;
7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий;
8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;
9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;
10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Детская хирургия» относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин специалитета: общая хирургия, лучевая диагностика; пропедевтика детских болезней; факультетская хирургия, урология; госпитальная хирургия; инфекционные болезни; онкология, лучевая терапия; травматология, ортопедия; факультетская педиатрия; госпитальная педиатрия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: комбустиология, гинекология детского возраста.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки);
- родители (законные представители) пациентов;
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса	З1:основы законодательства по охране	У1: проводить лечебно-профилактичес	В1: методиками оценки	Устный опрос в ходе	Тестовый контроль, проверка

		мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	кую, санитарно-противоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	состояния здоровья населения различных возрастных групп.	занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
2.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	З1: основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации детей и подростков	У1: проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	В1: методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
3.	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	З1: основные психопатологические симптомы и синдромы, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию болезней (МКБ).	У1: анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	В1: навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и пара-клинического обследования пациентов	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

			З2: общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; основы патологии при хирургических болезнях, патофизиологию функциональных систем и органов, патогенез хирургических заболеваний.	У2: организовать выполнение специальных методов исследования и уметь интерпретировать их результаты; проводить дифференциальный диагноз; оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния.	В2: навыками определения объема и последовательности применения методов обследования и лечебных мероприятий; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.		
4.	ПК-6	готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	З1: основные клинические симптомы-мишени для своевременной диагностики нарушений; методы и технологии лечения хирургических заболеваний.	У1: определить показания к оказанию хирургической помощи в комплексном лечении хирургических больных.	В1: навыками использования основных технологий для лечения хирургических заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
5.	ПК-8	готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	З1: основные виды природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	У1: использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	В1: навыками проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
6.	ПК-9	готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на	З1: методы обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	У1: проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	В1: навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование

		сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих			больных с целью формирования здорового образа жизни	разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	ние, решение ситуационных задач
7.	УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	31. основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	У1. получить информацию о развитии и течении заболевания	В1. местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад);	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
			32: современные теоретические и экспериментальные методы для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику	У2: выявлять основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	В2: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 31 зачетную единицу, 1116 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№ 1	№2	№3	№4
1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	342	74	86	74	108
в том числе:					
Лекции (Л)	38	8	10	8	12
Практические занятия (ПЗ)	154	34	38	34	48
Семинары (С)	150	32	38	32	48
Самостоятельная работа (всего)	630	142	166	142	180
В том числе:					
Подготовка к занятиям	342	70	94	70	108
Подготовка к текущему контролю	144	36	36	36	36
Подготовка к промежуточной аттестации	144	36	36	36	36
Вид промежуточной экзамен	144	36	36	36	36

аттестации	зачет	-	-	-	-	-
Общая трудоемкость (часы)		1116	252	288	252	324
Зачетные единицы		31	7	8	7	9

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	Тема 1. Острый аппендицит и его осложнения у детей Тема 2. Кишечная непроходимость у детей у детей. Тема 3. Ущемленные грыжи у детей. Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки. Крипторхизм. Варикоцеле. Тема 4. Острые желудочно-кишечные кровотечения у детей. Тема 5. Травма живота у детей. Тема 6. Инородные тела ЖКТ и дыхательных путей у детей. Тема 7. Неотложные состояния в проктологии у детей. Тема 8. Травма грудной клетки у детей.
2.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	Тема 1. Механическая желтуха у детей. Тема 2. Мегакolon у детей. Тема 3. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Тема 4. Острый панкреатит у детей.
3.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 3. Хирургия новорожденных	Тема 1. Врожденные пороки развития пищевода у детей. Тема 2. Врожденные пороки развития диафрагмы у детей. Тема 3. Врожденные пороки развития желчевыводящих путей у детей. Тема 4. Врожденная кишечная непроходимость у детей. Тема 5. Врожденная патология передней брюшной стенки у детей. Тема 6. Некротический энтероколит у детей. Тема 7. Аноректальные пороки развития у детей.
4.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	Тема 1. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Тема 2. Гнойные заболевания кожи, ПЖК, лимфатических и кровеносных сосудов у детей. Тема 3. Сепсис у детей. Тема 4. Бактериальная деструкция легких у детей.
5.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	Тема 1. Крипторхизм, эктопия яичка, варикоцеле у детей Тема 2. Синдром «острой мошонки» у детей. Тема 3. Экстрофия мочевого пузыря. Уролителиаз у детей. Тема 4. Аномалии почек у детей. Тема 5. Пиелонефрит у детей.

			<p>Тема 6. Травматические повреждения почек у детей. Разрыв надпочечника.</p> <p>Тема 7. Травма органов мошонки у детей.</p> <p>Тема 8. Эписпадия, гипоспадия у детей.</p> <p>Тема 9. Синехии препуциального мешка и малых половых губ. Фимоз. Парафимоз.</p> <p>Тема 10. Опухоль Вильмса. Опухоли мочевого пузыря, яичка, яичника у детей.</p>
6.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	<p>Тема 1. Травма головы у детей</p> <p>Тема 2. Травма верхних конечностей у детей</p> <p>Тема 3. Травма нижних конечностей у детей</p> <p>Тема 4. Травма позвоночника у детей</p> <p>Тема 5. Остеохондропатии и врожденные заболевания костей и суставов у детей</p> <p>Тема 6. Комбинированные поражения у детей</p>
7.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 7. Онкология детского возраста	<p>Тема 1. Доброкачественные опухоли у детей</p> <p>Тема 2. Опухоли костей у детей</p> <p>Тема 3. Нейрогенные опухоли у детей</p> <p>Тема 4. Опухоли брюшной полости у детей</p> <p>Тема 5. Злокачественные лимфомы у детей</p>
8.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	<p>Тема 1. Острая дыхательная недостаточность у детей</p> <p>Тема 2. Острые нарушения кровообращения у детей</p> <p>Тема 3. Острая церебральная недостаточность у детей</p> <p>Тема 4. Основные принципы респираторной поддержки у детей</p> <p>Тема 5. Инфузионно-трансфузионная терапия при неотложных состояниях у детей</p>
9.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.	Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	<p>Тема 1. Оперативная хирургия и топографическая анатомия головы и шеи</p> <p>Тема 2. Оперативная хирургия и топографическая анатомия грудной клетки</p> <p>Тема 3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия живота, поясничной области и забрюшинного пространства</p> <p>Тема 4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия малого таза и промежности</p> <p>Тема 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия конечностей</p>

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Комбустиология						+		+	+
2	Гинекология детского возраста	+					+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	4	21		8	50	83
2	Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	2	4		8	46	60
3	Раздел 3. Хирургия новорожденных	2	9		16	46	73
4	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	4	6		18	80	108
5	Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	6	32		20	86	144
6	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	4	18		32	86	140
7	Раздел 7. Онкология детского возраста	4	16		-	56	76
8	Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	6	-		48	100	154
9	Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	6	48		-	80	134
	Вид промежуточной аттестации:	зачет					-
		экзамен					144
	Итого:	38	154		150	630	1116

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	Острый аппендицит и его осложнения. Приобретенная кишечная непроходимость.	Классификация. Клиническая картина, диагностика. Методы лечения.	2			
2		Острые желудочно-кишечные кровотечения. Травма живота и грудной клетки.	Классификация. Клиническая картина, диагностика. Методы лечения.	2			
3	Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	Механическая желтуха. Острый панкреатит.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.	2			
4	Раздел 3. Хирургия новорожденных	Врожденные пороки развития пищевода. Врожденные пороки развития диафрагмы.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.	2			
5	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	Гематогенный остеомиелит. Сепсис.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.		2		
6		Гнойные заболевания кожи, ПЖК, лимфатических и кровеносных	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.		2		

		сосудов.					
7	Раздел 5. Урология- андрология детского возраста	Аномалии почек. Экстрофия мочевого пузыря.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.		2		
8		Пиелонефрит. Уролитиаз.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.		2		
9		Травматические повреждения почек. Разрыв надпочечника.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.		2		
10	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	Травма головы. Травма позвоночника и таза.	Этиология. Патогенез. Биомеханизм. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.			2	
11		Травма верхних конечностей. Травма нижних конечностей.	Этиология. Патогенез. Биомеханизм. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.			2	
12	Раздел 7. Онкология детского возраста	Доброкачественные опухоли. Опухоли брюшной полости.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.			2	
13		Нейрогенные опухоли. Злокачественные лимфомы.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.			2	
14	Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	Острая дыхательная недостаточность. Острые нарушения кровообращения.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.				2
15		Терминальные состояния. Шоки.	Виды. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.				2
16		Переливание крови и ее компонентов.	Правила, методы. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика патологических состояний. Показания.				2
17	Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическ ая анатомия	Топанатомия шеи.	Анатомия и взаимоотношение образований. Ход сосудисто-нервных элементов. Оперативные доступы.				2
18		Топанатомия пищевода и диафрагмы.	Анатомия и взаимоотношение образований. Ход сосудисто-нервных элементов. Оперативные доступы.				2
19		Топанатомия живота. Топанатомия	Анатомия и взаимоотношение образований. Ход сосудисто-нервных элементов. Оперативные доступы.				2

		малого таза и промежности.					
Итого:			8	10	8	12	

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	Острый аппендицит и его осложнения	<p>Аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат и абсцесс. Аппендикулярный перитонит. Послеоперационные осложнения аппендэктомии. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Показания к лапаростоме. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение.</p>	3			
2.		Кишечная непроходимость у детей у детей.	<p>Инвагинация кишечника у детей. Спаечная кишечная непроходимость. Динамическая кишечная непроходимость. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Методы декомпрессии кишечника при лечении непроходимости. Показания и техника интубации кишечника. Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Показания к санаторно-курортному лечению. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.</p>	4			
3.		Ущемленные грыжи у детей. Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней	<p>Этиология. Патогенез. Классификации. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания к консервативным и</p>	2			

		брюшной стенки. Крипторхизм. Варикоцеле.	хирургическим методам лечения. Методы хирургического лечения в стационаре и в условиях амбулаторной службы. Прогноз.				
4.		Травма живота у детей.	<p>Закрытая травма живота и забрюшинного пространства с повреждением паренхиматозных органов. Закрытая травма живота и забрюшинного пространства с повреждением полых органов. Определение. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальным методам диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Показания к санаторно-курортному лечению. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.</p>	4			
5.		Инородные тела ЖКТ и дыхательных путей у детей.	<p>Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, тактика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Способы операций.</p>	4			
6.		Травма грудной клетки у детей.	<p>Повреждения грудной клетки. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Химический ожог пищевода у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Способы операций. Лапароскопические методы лечения.</p>	4			

			Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Показания к санаторно-курортному лечению. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.				
7.	Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	Механическая желтуха у детей.	Холелитиаз, обтурационная желтуха. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.	2			
8.		Грыжи передней брюшной стенки у детей.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Методы хирургического лечения. Прогноз. Диспансеризация.	2			
9.	Раздел 3. Хирургия новорожденных	Врожденные пороки развития диафрагмы у детей.	Диафрагмальные грыжи у детей. Классификация. Декомпенсированное течение диафрагмальной грыжи. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной и грудной полости, КТ, МРТ). Правила транспортировки в хирургический стационар, предоперационная подготовка. Методы оперативного лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.	4			
10.		Врожденные пороки развития желчевыводящих путей у детей.	Врожденные пороки развития гепатобилиарной системы: атрезия желчных протоков, киста холедоха. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма,	2			

			биохимия крови, общий анализ мочи). Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Методы оперативного лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.				
11.		Врожденная патология передней брюшной стенки у детей.	Омфалоцеле. Гастрошизис. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Методы хирургического лечения. Правила транспортировки в хирургический стационар. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.	3			
12.	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	Острый гематогенный остеомиелит у детей.	Острый гематогенный остеомиелит у детей до 3 лет. Острый гематогенный остеомиелит у детей старшего возраста. Эпифизарный остеомиелит. Первично - и вторично хронический гематогенный остеомиелит. Острый гематогенный остеомиелит костей образующих тазобедренный сустав. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография костей и суставов, КТ, МРТ). Остеотонометрия. Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.		6		
13.	Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	Крипторхизм, эктопия яичка, варикоцеле у детей	Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы органов мочеполовой системы, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Фармакотерапия. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение.		6		
14.		Синдром «острой мошонки» у детей.	Современное представление об этиологии и патогенезе. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма,		6		

			<p>биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка).</p> <p>Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы органов мочеполовой системы, КТ, МРТ).</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение.</p>				
15.		Аномалии почек у детей.	<p>Этиология. Патогенез. Классификации. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка).</p> <p>Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ).</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение.</p>		6		
16.		Пиелонефрит у детей.	<p>Острый пиелонефрит – первичный и вторичный. Клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от вида и стадии. Осложнения.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка).</p> <p>Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ).</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение</p>		6		
17.		Эписпадия, гипоспадия у детей.	<p>Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика. Лечение, осложнения.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка).</p> <p>Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ).</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация. Показания к санаторно-курортному лечению.</p>		4		
18.		Опухоль Вильмса. Опухоли мочевого пузыря, яичка, яичника у детей.	<p>Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификация. Клиническая картина, диагностика.</p>		4		

			<p>Лечение.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка).</p> <p>Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ).</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация. Показания к санаторно-курортному лечению. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.</p>				
19.	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	Травма головы у детей	<p>Открытые и закрытые повреждения головы. Черепно-мозговая и челюстно-лицевая травмы.</p> <p>Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.</p>			6	
20.		Остеохондропатии и врожденные заболевания костей и суставов у детей	<p>Остеоартроз и остеохондроз.</p> <p>Классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение.</p>			6	
21.		Комбинированные поражения у детей	<p>Политравма. Синдром позиционного сдавления.</p> <p>Классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение. Лечение травматологических и ортопедических больных в амбулаторных условиях.</p>			6	
22.	Раздел 7. Онкология детского возраста	Доброкачественные опухоли у детей	<p>Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей (гемангиома, лимфангиома, пигментные невусы, дермоидные кисты, липомы, пиломатриксомы, тератомы).</p> <p>Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ).</p> <p>Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии.</p> <p>Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы.</p> <p>Диспансеризация.</p>			6	
23.		Нейрогенные опухоли у детей	<p>Нейрогенные опухоли у детей. Нейробластома. Рабдомиосаркома.</p> <p>Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к</p>			6	

			хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.				
24.		Злокачественные лимфомы у детей	Злокачественная лимфома у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.			4	
25.	Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	Оперативная хирургия и топографическая анатомия головы и шеи.	<p>1. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств на мозговом отделе головы, хирургический инструментарий и аппаратура.</p> <p>2. Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих ран. Способы остановки кровотечения при повреждении мягких тканей, костей свода черепа, средней артерии твердой мозговой оболочки, венозных пазух, сосудов мозга.</p> <p>3. Резекционная и костно-пластическая трепанации черепа, операции при вдавленных переломах черепа у детей, пластика дефектов костей свода черепа, трепанация сосцевидного отростка. Понятие о хирургическом лечении абсцессов мозга, о дренирующих операциях при гидроцефалии, краниостенозе, врожденных черепно-мозговых грыжах, о стереотаксических операциях на головном мозге.</p> <p>4. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области.</p> <p>5. Вскрытие флегмон челюстно-лицевой области.</p> <p>6. Понятие о косметических и эстетических операциях на лице.</p> <p>7. Анатомо-физиологическое обоснование хирургических вмешательств на шее. Хирургический инструментарий.</p> <p>8. Первичная хирургическая обработка ран. Шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому, блокада плечевого сплетения по Куленкампу, пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока.</p> <p>9. Доступы к сонным и подключичным</p>			8	

			<p>артериям. Пластические и реконструктивные операции на сонных, подключичных и позвоночных артериях.</p> <p>10. Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Операции при деформациях шеи, врожденных свищах и кистах шеи. Косметические операции на шее.</p> <p>11. Вскрытие поверхностных и глубоких флегмон шеи.</p>				
26.		<p>Оперативная хирургия и топографическая анатомия грудной клетки</p>	<p>1. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств. Хирургический инструментарий и аппаратура.</p> <p>2. Операции на молочной железе при злокачественных и доброкачественных опухолях. Понятие о пластических и эстетических операциях на молочной железе. Разрезы при гнойных маститах.</p> <p>3. Пункция плевральной полости. Виды торакотомий. Оперативные вмешательства при проникающих ранениях грудной клетки и клапанном пневмотораксе.</p> <p>4. Понятия о хирургических способах лечения, лечение острой и хронической эмпиемы плевры и абсцессов легких. Понятие о пульмонэктомии, лобэктомии, сегментэктомии.</p> <p>5. Внеплевральный и чрезплевральные доступы к сердцу. Пункция перикарда, перикардия. Шов сердца. Принципы операций при врожденных и приобретенных пороках сердца и крупных сосудов, при ишемической болезни сердца. Понятие об экстракорпоральном кровообращении и пересадке сердца.</p> <p>6. Доступы к вилочковой железе.</p> <p>7. Удаление инородных тел из пищевода. Бужирование пищевода. Оперативные доступы к грудному отделу пищевода. Понятие о трансплевральной резекции пищевода, о современных способах эзофагопластики. Понятие об операциях по поводу стеноза, атрезии пищевода и трахеально-пищеводных свищах у детей. Вскрытие гнойных медиастинитов.</p>				10
27.		<p>Оперативная хирургия и топографическая анатомия живота, поясничной области и забрюшинного пространства.</p>	<p>1. Ревизия брюшной полости при проникающих ранениях. Теоретические основы и способы наложения кишечных швов. Резекция петель тонкой и толстой кишок с анастомозами "конец в конец", "бок в бок", "конец в бок". Аппендэктомия и особенности ее выполнения у детей, удаление Меккелева дивертикула. Каловый свищ, противоестественное заднепроходное отверстие. Операции при</p>				10

			<p>мегаколон и болезни Гиршпрунга.</p> <p>2. Операции на желудке. Ушивание прободной язвы, гастротомия, гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2, по Гофмейстеру-Финстереру, ваготомия, дренирующие операции. Хирургическое лечение врожденного пилоростеноза.</p> <p>3. Операции на печени и желчных путях. Блокада круглой связки печени, шов раны печени, анатомическая и атипичная резекция печени; понятие о хирургическом лечении абсцессов печени; портальной гипертензии. Холецистэктомия, холецистостомия, формирование билиодигестивных анастомозов. Операции при атрезиях желчных протоков. Понятие о пересадки печени.</p> <p>4. Операции на селезенке. Шов селезенки, спленэктомия, аутотрансплантация селезенки при травматических повреждениях.</p> <p>5. Операции на поджелудочной железе. Доступы к поджелудочной железе. Понятия об операциях при остром и хроническом панкреатите, абсцессах и кистах.</p> <p>6. Анатомо-физиологическое обоснование операций на поясничной области и забрюшинном пространстве. Хирургический инструментарий и аппаратура.</p> <p>7.. Новокаиновая паранефральная блокада. Шов почки, резекция почки, нефропексия, пиелотомия, нефрэктомия. Понятие о трансплантации почек, об аппарате "искусственная почка", способах лечения нефрогенной гипертензии.</p> <p>8.. Шов мочеточника, пластические операции при дефектах мочеточников, операции при врожденных пороках развития почек и мочеточников.</p> <p>9. Вскрытие гнойно-воспалительных очагов поясничной области и забрюшинного пространства.</p>				
28.		Оперативная хирургия и топографическая анатомия малого таза и промежности.	<p>1. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств. Хирургический инструментарий и аппаратура.</p> <p>2. Блокада полового нерва, внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову.</p> <p>3. Операции на мочевом пузыре: пункция мочевого пузыря, цистотомия, цистостомия, ушивание ран пузыря. Понятие о пластике мочевого пузыря, об</p>				10

			<p>операциях по поводу экстропии и дивертикуле мочевого пузыря.</p> <p>4. Операции на предстательной железе по поводу аденомы и рака предстательной железы.</p> <p>5. Пункция прямокишечно-маточного углубления, кольпотомия, операции при нарушенной внематочной беременности.</p> <p>6. Операции по поводу геморроя, выпадения прямой кишки и атрезий кишки и анального отверстия.</p> <p>7. Операции при неопущении яичка; водянке оболочек яичка и семенного канатика, при фимозе и парафимозе. Понятие об операциях при мужском и женском бесплодии.</p> <p>8. Дренирование флегмон таза.</p>				
29.		<p>Оперативная хирургия и топографическая анатомия конечностей</p>	<p>1. Принципы и техника первичной хирургической обработки ран конечностей. Операции при гнойных заболеваниях мягких тканей. Разрезы при флегмонах кисти и панарициях. Вскрытие флегмон надплечья, плеча, предплечья, ягодичной области, бедра, голени и стопы.</p> <p>2. Операции на сосудах. Анатомо-физиологическое обоснование. Хирургический инструментарий и аппаратура. Венепункция и венесекция. Катетеризация магистральных сосудов. перевязка сосудов в ране и на протяжении. Сосудистый шов, пластические и реконструктивные операции на сосудах, эндоваскулярная хирургия, операции при аневризмах, при варикозном расширении вен и посттромбофлебитическом синдроме. Понятие о микрохирургической технике в сосудистой хирургии.</p> <p>3. Операции на нервах и сухожилиях. Блокада нервных стволов и сплетений, шов нерва, понятие о невротомии, невролизе, неврэктомии и пластических операциях на нервах. Шов сухожилий по Ланге, Кюнео, Казакову, адаптационный шов по Бенелю и Пугачеву.</p> <p>4. Операции на суставах. Пункция и артротомия плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, артротомия плечевого и коленного суставов.</p> <p>5. Операции на костях. Понятия об остеотомии, резекции кости, операции при остеомиелите трубчатых костей конечностей. Скелетное вытяжение, остеосинтез: экстрамедулярный, интрамедулярный и внеочаговый.</p>				10

			<p>Операции по поводу врожденных пороков развития конечностей: синдактилии, врожденного вывиха бедра, косолапости.</p> <p>6. Ампутации конечностей. Общие принципы усечения конечностей. Виды ампутаций в зависимости от времени выполнения, формы разреза, состава тканей, входящих в состав лоскутов. Методы обработки сосудов, нервов, кости и надкостницы. Основные этапы операции, принципы формирования ампутационной культи. Порочная культя. Особенности ампутации у детей. Усечения пальцев кисти. Кинематизация (фалангизация) культи предплечья и кисти. Реплантация пальцев кисти и стопы.</p>				
Итого:				34	38	34	48

3.5.1. Тематический план семинарских занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем. 1	№ сем. 2	№ сем. 3	№ сем. 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	Острые желудочно-кишечные кровотечения у детей.	<p>Геморрагический гастрит. Синдром Мэллори-Вейса. Портальная гипертензия. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к хирургическим методам лечения. Способы оперативного лечения. Показания к консервативным методам лечения (фармакотерпия). Прогноз. Исходы. Диспансеризация.</p>	4			
2.		Неотложные состояния в проктологии у детей.	<p>Наружные кишечные свищи. Парaproктит, параректальные свищи. Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, тактика.</p> <p>Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания к инструментальным методам исследования (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, фистулография, КТ, МРТ). Показания к консервативным и хирургическим методам</p>	4			

			лечения. Способы операций.				
3.	Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста.	2. Мегаколон у детей.	Болезнь Гиршпрунга. Функциональный мегаколон. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Методы декомпрессии кишечника при лечении непроходимости. Показания и техника интубации кишечника. Показания к хирургическим методам лечения. Современные лапароскопические методы лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Показания к санаторно-курортному лечению. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.	4			
4.		Острый панкреатит у детей.	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Скрининг-тест (кровь на амилазу, диастаза в моче). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к хирургическим методам лечения. Способы оперативного лечения. Показания к консервативным методам лечения (фармакотерпия). Прогноз. Исходы. Диспансеризация.	4			
5.	Раздел 3. Хирургия новорожденных	Врожденные пороки развития пищевода у детей.	Атрезия пищевода. Врожденные сужения пищевода, трахеопищеводные свищи, дивертикулы. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной и грудной полости, КТ, МРТ). Правила транспортировки в хирургический стационар, предоперационная подготовка. Методы оперативного лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.	4			
6.		Врожденная кишечная	Высокая врожденная кишечная непроходимость. Низкая врожденная	4			

		непроходимость у детей.	кишечная непроходимость. Врожденный пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к хирургическим методам лечения. Способы оперативного лечения. Правила транспортировки в хирургический стационар. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.				
7.		Некротический энтероколит у детей.	Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, тактика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Способы операций.	4			
8.		Аноректальные пороки развития у детей.	Классификация. Клиническая картина, диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания к инструментальным методам исследования (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, фистулография, КТ, МРТ). Методы хирургического лечения. Способы операций. Правила транспортировки в хирургический стационар. Хирургическая тактика. Ошибки в лечении.	4			
9.	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	Гнойные заболевания кожи, ПЖК, лимфатических и кровеносных сосудов у детей.	Гнойный мастит, некротическая флегмона, адипознекрот у новорожденных. Омфалит у новорожденных. Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Рожистое воспаление. Пиодермии, псевдофурункулез Фингера, паронихий у детей раннего возраста. Гнойный лимфаденит. Аденофлегмона. Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (ЭКГ,	6			

			УЗИ, рентгенография органов грудной и брюшной полости, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Реабилитация в условиях амбулаторной службы.				
10.		Сепсис у детей.	Этиология. Патогенез. Классификации. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Бактериологические методы исследования крови, мочи, раневого содержимого. Иммунологические методы исследования. Выполнения скрининг-тестов (прокальцитонинный тест). Инструментальная диагностика (ЭКГ, УЗИ, рентгенография органов грудной и брюшной полости, паренхиматозных органов, КТ, МРТ, ФГДС-фиброгастроуденоскопия). Показания к назначению инфузионной, антибактериальной, метаболической терапии. Современные методы детоксикации. Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Прогноз.		6		
11.		Бактериальная деструкция легких у детей.	Этиология. Патогенез. Классификации. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания и противопоказания к проведению инструментальных методов диагностики (УЗИ, рентгенография органов грудной полости, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Способы оперативного лечения. Показания к консервативным методам лечения (фармакотерапия). Прогноз. Исходы. Диспансеризация.		6		
12.	Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	Экстрофия мочевого пузыря. Уролитиаз у детей.	Современное представление об этиологии и патогенезе. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы органов мочеполовой системы, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Санаторно-курортное лечение.		4		
13.		Травматические повреждения почек	Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина,		6		

		у детей. Разрыв надпочечника.	диагностика, тактика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ). Показания к хирургическим методам лечения. Лапароскопические методы лечения. Прогноз. Исходы.				
14.		Травма органов мошонки у детей.	Острая напряженная водянка оболочек яичка. Перекрут гидатиды. Орхит. Понятие. Этиология и патогенез. Клиническая картина, диагностика, тактика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка). Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические методы исследования органов мочеполовой системы, КТ, МРТ). Показания к хирургическим и консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы.		6		
15.		Синехии препуциального мешка и малых половых губ. Фимоз. Парафимоз.	Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Лечение, осложнения. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Земницкого, суточную потерю белка). Показания к хирургическим и консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы.		4		
16.	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	Травма верхних конечностей у детей	Открытые и закрытые повреждения верхней конечности. Переломы и вывихи плечевой кости. Переломы и вывихи костей предплечий. Переломы и вывихи костей кисти. Клиническая картина, диагностика, лечение.			6	
17.		Травма нижних конечностей у детей	Травма нижних конечностей. Переломы и вывихи костей голени. Переломы и вывихи костей стопы. Клиническая картина, диагностика, лечение. Открытые и закрытые повреждения бедра, тазобедренного сустава. Повреждения и заболевания коленного сустава. Клиническая картина, диагностика, лечение.			6	
18.		Травма позвоночника у детей	Открытые и закрытые повреждения позвоночника и таза. Клиническая картина, диагностика, лечение.			6	
19.		Опухоли костей у детей	Опухоли костей у детей. Остеогенная саркома. Саркома Юинга. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.			6	

			Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.				
20.		Опухоли брюшной полости у детей	Опухоли органов брюшной полости. Лимфосаркома. Гепатобластома. Спленомегалия. Опухоль Вильмса (нефробластома). Нейробластома забрюшинного пространства. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.			8	
21.	Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	Острая дыхательная недостаточность у детей	Острая дыхательная недостаточность (ОДН) у детей (определение, патогенез, классификация). Наиболее частые причины развития ОДН в послеоперационном периоде. Определение степени тяжести ОДН. Основные принципы интенсивной терапии. Острая обструкция дыхательных путей. Основные причины. Методы обеспечения проходимости дыхательных путей: интубация трахеи; установка ларингеальной маски, комбитюба, коникотомия				10
22.		Острые нарушения кровообращения у детей	Острая сердечно-сосудистая недостаточность: определение, этиология, патогенез, диагностика. Основные принципы интенсивной терапии. Отек легких: основные причины развития, профилактика и интенсивная терапия. Шоковые состояния (этиология, патогенез, диагностика, основные принципы интенсивной терапии. Классификация шока: кардиогенный, гиповолемический, дистрибутивный (распределительный), обструктивный. Ожоговый шок: классификация, интенсивная терапия. Анафилактический шок в неотложной хирургии			8	
23.		Острая церебральная	Понятие острой церебральной недостаточности (ОЦН). Наиболее частые				10

		недостаточность у детей	причины развития ОЦН. Клиническими признаками ОЦН являются: нарушение сознания, отек головного мозга (ОГМ), Этиология и патогенез ОГМ. Базисная и терапия ОГМ. Коматозные состояния у детей: этиология, классификация, принципы интенсивной терапии. Шкала ком Глазго в оценке степени глубины комы.				
24.		Основные принципы респираторной поддержки у детей	<p>Понятие респираторной поддержки. Методы респираторной поддержки (ингаляции увлажненным кислородом, назальная канюля, неинвазивная ИВЛ, высокочастотная ИВЛ, традиционная ИВЛ). Показания к ИВЛ. Основные режимы ИВЛ, особенности у детей. Патофизиология ИВЛ. Основные принципы ИВЛ у новорожденных и детей грудного возраста. Осцилляторная ИВЛ у новорожденных. Опасности и осложнения ИВЛ, методы их профилактики. Мониторинг при ИВЛ.</p> <p>Понятие об анестезиологической защите. Современные подходы к анестезиологическому обеспечению хирургических операций. Виды и методы обезболивания. Риск анестезии и операции. Особенности анестезиологического обеспечения в различных областях хирургии. Стандарты интраоперационного мониторинга.</p>				10
25.		Инфузионно-трансфузионная терапия при неотложных состояниях у детей	Подготовка ребенка к операции. Критерии оценки исходного состояния. Значение сопутствующей патологии. Премедикация: основные задачи, методы, оценка эффективности. Лекарственные средства для премедикации. Основы инфузионной терапии у детей. Показания к инфузионной терапии. Основные принципы определения объема и качественного состава инфузионной терапии в интра- и послеоперационном периоде. Классификация инфузионных сред. Препараты крови: (плазма, эритроцитарная масса): показания, противопоказания, осложнения.				10
Итого:				32	38	32	48

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	50
2		Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	46

3		Раздел 3. Хирургия новорожденных	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	46
Итого часов в семестре:				142
1	2	Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	80
2		Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	86
Итого часов в семестре:				166
1	3	Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	86
2		Раздел 7. Онкология детского возраста	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	56
Итого часов в семестре:				142
1	4	Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	100
2		Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	подготовка к занятиям, подготовка к промежуточному контролю, подготовка к промежуточной аттестации	80
Итого часов в семестре:				180
Всего часов на самостоятельную работу:				630

3.7. Лабораторный практикум

Темы лабораторных работ:

-не предусмотрены в учебном плане

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

в учебном плане не предусмотрены

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

- Методические рекомендации по детской хирургии для аудиторной и самостоятельной работы студентов педиатрического факультета/Сост.: М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. – Киров, 2013. – 98 с.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
--	--------------	-----------	--------------------	--------------------	---------------

п/п				в библиотеке	
	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
2	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6 -	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
3	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	- 1	ЭБ «Консультант врача»
4	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
5	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
6	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
7	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

4.2.2. Дополнительная литература

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев,	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента

		Н.К. Сухих			
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архан гельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архан гельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	1	
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
11	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	
12	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бином	2	

13	Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых: справ.- практ. пособие	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс-информ	1	
14	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
15	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	2	
16	Политравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

Организовано сообщество студентов КГМА- <http://vmede.org>

- <http://www.elib.kirovgma.ru/>
- <http://www.studentlibrary.ru/>
- <http://www.studmedlib.ru/>
- <http://www.meduniver.com/>
- <http://www.booksmed.com/>
- <http://www.mmbook.ru/>
- <http://www.elibrary.ru/>
- <http://www.rosmedlib.ru/>
- <http://www.femb.ru/>

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:

Ординаторам доступны компьютерные стажировки (работа с электронным учебником по детской хирургии (Москва, 1998, под ред. акад. Ю.Ф. Исакова), стереоатласом (3-D) центральной нервной системы.

Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

- 1) ролевая игра «Острое хирургическое заболевание брюшной полости»
- 2) деловая игра «Консилиум по исключению хирургической патологии средостения»
- 3) дискуссия «Источник ЖКТ-кровотечения у ребенка 2 лет»
- 4) компьютерная симуляция «Доступ к задней черепной ямке»

Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

- 1) электронный учебник по детской хирургии (М., 1998, под ред. акад. Ю.Ф. Исакова)

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

-аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально - конференц-зал «КОГБУЗ Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16 (2 корпус, 1 этаж);

-аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально-Учебный корпус № 2, Центр АСО, г. Киров, ул. Пролетарская, 38 (левое крыло 2 этаж)

-анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями- г. Киров, ул. Пролетарская, 38, 2-й этаж (уч. корпус № 2)

-помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры- хирургическое отделение «КОГБУЗ Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16 (2 корпус, 2 этаж);

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации».

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по детской хирургии: собрать анамнез, провести квалифицированные осмотр и обследование детей с применением современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ и др.), поставить хирургический диагноз, провести дифференциальную диагностику, своевременно направить на консультацию или госпитализацию, оценить тяжесть состояния пациента

(гемодинамика, нарушения ВЭБ, КОС, степени инфекционного токсикоза, провести коррекцию нарушений гомеостаза, назначить инфузионную терапию, антибактериальную, посиндромную, иммунокорректирующую).

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении всех тем детской хирургии. 100% лекций обязательного изучения читаются в виде презентаций.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: Острая дыхательная недостаточность, острые нарушения кровообращения.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области всех разделов детской хирургии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам Гематогенный остеомиелит у детей, Врожденная кишечная непроходимость, Крипторхизм, Варикоцеле и др.
- семинар-дискуссия по теме Острый аппендицит у детей
- конференция по теме Пороки развития легких
- учебно-ролевая игра по теме Повреждения верхних конечностей и плечевого пояса
- практикум по теме Выявление хирургической патологии у детей

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Детской хирургии» и включает подготовку к занятиям, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Детская хирургия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными (курация, разбор клинических больных). Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в виде устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения ситуационных задач, тестового контроля, коллоквиума.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, собеседования, решения ситуационных задач.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей

программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Детской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

«Детская хирургия»

Специальность 31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста

Тема 1.1: Острый аппендицит и его осложнения (практическое занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний острого аппендицита и его осложнений у детей, изучение особенностей острого аппендицита у детей, рассмотреть инфильтрат, абсцесс брюшной полости, аппендикулярный перитонит, обучить методам выявления патологии, изучить принципы комплексного лечения.

Задачи: - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза аппендицита, варианты расположения червеобразного отростка;

- обучить методам диагностики заболевания у детей разных возрастных групп;
- изучить особенности клиники острого аппендицита и его осложнений у детей разного возраста.
- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику аппендицита при типичных и атипичных формах, варианты расположения червеобразного отростка, дифференциальную диагностику у детей. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, принципы диагностики и лечения патологии во взрослой практике.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз острого аппендицита и осложнений аппендицита с применением необходимых методов диагностики у детей разных возрастных групп.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения острого аппендицита, навыками дифференциальной диагностики заболевания.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Этиология, патогенез, классификация, патологическая анатомия при остром аппендиците. Варианты анатомического расположения.
2. Клиника и диагностика, особенности у детей раннего возраста.
3. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
4. Лечение острого аппендицита у детей.
5. Аппендикулярный инфильтрат. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
6. Абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, межпетельные, подпеченочный, поддиафрагмальный, дугласова пространства). Клиника, диагностика, лечение.
7. Аппендикулярный перитонит. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Принципы построения рациональной интенсивной терапии в послеоперационном периоде.
9. Первичный перитонит в детской практике.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков (пальпация живота, выявление симптомов острого аппендицита)
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У БОЛЬНОГО, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезнен. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:

- 1) с пальпации живота под наркозом
- 2) с лапароскопии
- 3) с рентгеноскопии грудной клетки
- 4) с ультразвукового исследования брюшной полости
- 5) с ректального пальцевого исследования *

У РЕБЕНКА на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Гнойный выпот во всех отделах брюшной полости. Межпетлевые гнойники. Выраженные фибриновые наложения и инфильтрация тканей. Выраженный парез кишечника. Ему следует выполнить:

- 1) лаваж брюшной полости после операции
- 2) лапаростомию *
- 3) одномоментную санацию брюшной полости путем промывания
- 4) аппендэктомию, перидуральную анестезию
- 5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:

- 6) аппендэктомия обычным способом
- 7) отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей
- 8) аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника *
- 9) отказ от аппендэктомии, оставление местно микроирригатора
- 10) пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Этиология, патогенез острого аппендицита
- 2) Варианты расположения червеобразного отростка
- 3) Патологическая анатомия и патогистология при остром аппендиците
- 4) Классификация
- 5) Клиника и диагностика острого аппендицита, их особенности у детей раннего возраста
- 6) Лечение острого аппендицита. Ход классической аппендэктомии Аппендикулярный инфильтрат (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения)
- 7) Периаппендикулярный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс (клиника, диагностика, лечение)
- 8) Аппендикулярный перитонит (классификация, виды, диагностика, лечение)
- 9) Методика лапароскопии
- 10) Принципы построения рациональной интенсивной терапии при аппендикулярном перитоните в послеоперационном периоде
- 11) Принципы антибиотикотерапии

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК — ЭТО

- 1) Рудимент*
- 2) функциональный орган
- 3) порок развития
- 4) аномалия
- 5) вариант развития

2.УКАЖИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- 1) обязательно *
- 2) не обязательно
- 3) у детей младшего возраста по показаниям
- 4) у девочек по показаниям
- 5) в зависимости от клиники

3.СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) усиление болей при расположении на левом боку *
- 2) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- 3) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- 4) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- 5) правое яичко расположено выше левого

4.СИМПТОМ ДУМБАДЗЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО

- 1) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- 2) болезненность при пальпации области пупочного кольца *
- 3) уменьшение болей в положении на животе
- 4) усиление болей при отведении купола кишки медиально
- 5) снижение или отсутствие брюшных рефлексов

5.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево *
- 2) гиперлейкоцитоз
- 3) лейкопения
- 4) отсутствие изменений
- 5) ускоренная СОЭ

6.РЕГРЕСС ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- 1) невозможен *
- 2) возможен при начальной стадии воспаления
- 3) возможен при флегмонозном аппендиците
- 4) возможен при гангренозном аппендиците
- 5) возможен даже при перфоративном аппендиците

7.БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЛЕЖА В ПОСТЕЛИ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1) на спине
- 2) на животе
- 3) на правом боку с приведенными ногами *
- 4) на левом боку
- 5) сидя

8.ДОПУСТИМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ, ПОСТУПИВШИМ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ СДЕЛАТЬ ЛАПАРОСКОПИЮ ОГРАНИЧЕНА

- 1) 3 часами
- 2) 6 часами
- 3) 12 часами
- 4) 18 часами
- 5) 24 часами *

9.ХИРУРГ И ГИНЕКОЛОГ ПРИ СОВМЕСТНОМ ОСМОТРЕ НЕ МОГУТ РЕШИТЬ, ЧТО У БОЛЬНОГО – ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ИЛИ ОСТРЫЙ АДНЕКСИТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1) срединную лапаротомию
- 2) лапаротомию разрезом по Пффанненштилю
- 3) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
- 4) лапароскопию *
- 5) динамическое наблюдение

10.У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕЯСНАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) наблюдение
- 2) консервативное лечение

- 3) лапароскопия *
- 4) лапаротомия в правой подвздошной области
- 5) срединная лапаротомия

11. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) локальная боль и рвота
- 2) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- 3) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность *
- 4) симптом Щеткина и рвота

1. У РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРОВАН ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

- 1) стационарное наблюдение
- 2) амбулаторное наблюдение
- 3) антибиотики, физиотерапия, наблюдение *
- 4) срочная операция
- 5) операция в плановом порядке

2. У РЕБЕНКА НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕН ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОБИЛЬНЫЙ ГНОЙНЫЙ ВЫПОТ. УМЕРЕННЫЕ ФИБРИНОЗНЫЕ НАЛОЖЕНИЯ И ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ, ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА. ОПЕРАЦИЮ СЛЕДУЕТ ЗАКОНЧИТЬ

- 1) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания *
- 2) лаважом брюшной полости после операции
- 3) лапаростомией
- 4) ввести микроирригаторы
- 5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях

3. ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОБНАРУЖЕН ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ. ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАКОНЧЕНА

- 1) разделением инфильтрата, аппендэктомией
- 2) марлевым тампоном к инфильтрату
- 3) микроирригатором
- 4) резиновым выпускником
- 5) ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции *

4. У РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ КЛИНИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА

- 1) срединная лапаротомия. ревизия брюшной полости
- 2) ревизия через доступ в правой подвздошной области *
- 3) наблюдение, проведение консервативных мероприятий
- 4) лапароцентез
- 5) лапароскопия

5. У РЕБЕНКА БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПО ХОДУ ЗАЩИТОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) назначение антибиотиков
- 2) курс физиотерапии
- 3) наблюдение
- 4) снять все швы
- 5) снять один шов и произвести ревизию раны зондом *

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
 Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
 Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 1.2. Кишечная непроходимость у детей (практическое занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний приобретённой кишечной непроходимости у детей.

Задачи: - рассмотреть вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения различных видов непроходимости у детей;

- обучить методам диагностики различных видов кишечной непроходимости;

- изучить клинику, диагностику, лечение спаечной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника, обтурационной непроходимости кишечника у детей.
- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения спаечной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника, обтурационной кишечной непроходимости. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, течение патологии во взрослой практике.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики кишечной непроходимости у детей, навыками определения показаний и противопоказаний к различным видам лечения детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Спаечная кишечная непроходимость: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, консервативное и оперативное лечение. Спаечная болезнь у детей.

2. Инвагинация кишечника у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, консервативное и оперативное лечение.

3. Динамическая кишечная непроходимость: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

4. Обтурационная кишечная непроходимость у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, консервативное и оперативное лечение.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной С., 1 г. 2 мес. Заболел внезапно, появились боли в животе приступообразного характера, многократная рвота. Был стул однократный, оформленный. Со слов матери – приступы резких болей чередовались со "светлыми" промежутками по 30 минут. Осмотрен через 8 часов от начала заболевания врачом участковой больницы, где в приёмном покое через зонд был промыт желудок, и ребёнок был отпущен домой. В последующие 12 часов был вялым, интенсивность болей и их приступообразность уменьшились. Температура тела 37,5-38°C.

Через 20 часов от начала заболевания осмотрен дежурным педиатром центральной районной больницы. После очистительной клизмы был стул с примесью крови. С диагнозом "энтероколит" переведён в инфекционное отделение ЦРБ. Консультация хирурга районной больницы через 30 часов от начала заболевания: состояние тяжёлое, язык сухой, обложен. Живот умеренно вздут, пальпируется болезненное опухолевидное образование в левом подреберье.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Методы обследования?*
4. *Врачебная тактика? Показанное лечение?*
5. *Анализ ошибок на этапах оказания медицинской помощи?*

Больная В.К., 1 год 4 месяца. Заболела остро: общее недомогание, повысилась температура до 39,4°C. На второй день болезни присоединились частая рвота и жидкий стул. Родители с ребёнком обратились в районную поликлинику и девочка была госпитализирована в хирургическое отделение районной больницы с подозрением на острый аппендицит. Однако, вскоре ребёнок был переведён в инфекционное отделение больницы с диагнозом: "гастроэнтероколит". В течение 18 дней девочка лечилась по поводу "энтероколита". Состояние оставалось тяжёлым: температура держалась на высоких цифрах (38-39°). Стул в инфекционном отделении первые 4 дня был жидким, затем неустойчивым. Периодически была рвота 1-2 раза в сутки.

На 20-е сутки к больной на консультацию вызван детский хирург. Больная осмотрена под наркозом: обнаружена "опухоль" брюшной полости. Локальный статус: живот значительно вздут, напряжён,

перистальтика кишечника вялая. На пальпацию живота больная не реагирует. Печень и селезёнка увеличены в размерах.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Методы обследования?
4. Классификация заболевания и его осложнения?
5. Какие допущены ошибки? Лечение?

4.Задания для групповой работы

Просмотр учебного видеofilmа «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей»

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Паретическая послеоперационная кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение)
 - 2) Спаечная кишечная непроходимость (патогенез, клиника, диагностика, виды, лечение, профилактика)
 - 3) Инвагинация кишечника (этиология, патогенез, виды, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение консервативное и оперативное)
 - 4) Динамическая непроходимость.
 - 5) Обтурационная непроходимость
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:

- А) гипокалиемия*
- Б) погрешности диеты
- В) операционная травма брюшной полости*
- Г) ЧМТ*
- Д) интоксикация любой этиологии*

2. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- А) операционная травма брюшины*
- Б) аэрация брюшины*
- В) «неподвижность» кишечника*
- Г) гиперпродукция соединительной ткани*
- Д) геморрагический васкулит

3. КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

- А) приступообразные боли в животе*
- Б) многократная рвота
- В) понос
- Г) кровь со слизью в ампуле прямой кишки*
- Д) синдром «опухоли в животе»

4) ОБТУРАЦИОННУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- А) глистная инвазия*
- Б) безоары*
- В) трудноперевариваемая растительная клетчатка, съеденная в больших количествах*
- Г) несъедобные предметы у детей с аллотриофагией*
- Д) обтурация сонных артерий

5) ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

- А) стимуляция кишечника*
- Б) экстренная операция
- В) плановая операция
- Г) психотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 1.3. Ущемленные грыжи у детей. Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки. Крипторхизм. Варикоцеле. (практическое занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний о заболеваниях связанных с нарушениями облитерации вагинального отростка брюшины у детей, грыжами передней брюшной стенки, крипторхизмом, варикоцеле у детей.

Задачи: - рассмотреть классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.

- обучить диагностике и лечению различных видов грыж и водянок у детей
- изучить клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.
- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка; Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение. Написать учебную историю болезни. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику патологии, определять сроки и показания к оперативному лечению больных.

Обучающийся должен владеть: навыками диагностики, принципами определения показаний к адекватному лечению больных.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на плановый прием обратился больной И. пяти лет с жалобами на наличие образования в правой паховой области. Образование возникло впервые месяц назад, ранее образование не выявлялось. На момент осмотра: кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет, ЧД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальная симптоматика отрицательная. Стул, диурез

в норме.

В правой паховой области пальпируется овоидное эластическое образование, безболезненное, смещаемое, не спаянное с подлежащими тканями, легко, с урчанием вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

Контрольные вопросы

1. Поставить диагноз. Определить врачебную тактику.
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация? Дифференциальная диагностика?
4. Дополнительные методы диагностики?
5. Лечение? Диспансеризация?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Определение понятия «грыжа живота». Классификация грыж живота. Предрасполагающие и производящие факторы в образовании грыж.
- 2) Анатомия и топография паховой области
- 3) Значение нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины в образовании паховых грыж
- 4) Клиника, диагностика, диф. диагностика паховых грыж
- 5) Сроки и принципы оперативного лечения. Грыжесечение по Дюамелю
- 6) Невправимая и ущемленная паховые грыжи. Клиника, диагностика, тактика, показания к консервативному и оперативному лечению
- 7) Водянка оболочек яичка. Классификация, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Операции Бергмана и Росса.
- 8) Киста семенного канатика. Диагностика, лечение
- 9) Эмбриогенез яичка. Аномалии развития и опускания яичка. Патогенез. Классификация.
- 10) Клиника, диагностика и диф. диагностика крипторхизма.
- 11) Показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки и способы низведения и фиксации яичка.
- 12) Варикоцеле. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика
- 13) Показания и способы лечения варикоцеле. Операция Иванисевича.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*
- 2) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
- 3) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
- 4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
- 5) накопление жидкости в полости мошонки, увеличение яичка, болезненность яичка

2. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

- 1) экстренного оперативного лечения
- 2) оперативного лечения в плановом порядке
- 3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
- 4) наблюдение в динамике
- 5) гормональное лечение

3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
- 3) повторные пункции с введением гидрокортизона
- 4) оперативное лечение в плановом порядке*

5) назначение гормональных препаратов

4. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутрибрюшным давлением
- 2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка*
- 5) инфекцией мочевыводящих путей

5. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

- 1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
- 2) подвздошно-гребешковой связки*
- 3) пупартовой связки
- 4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
- 5) поперечной фасции

6. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

- 1) при кисте семенного канатика;
- 2) при перекруте яичка;
- 3) при орхоэпидидимите;
- 4) при напряженной водянке оболочек яичка*
- 5) при идиопатическом отеке мошонки

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

- 1) обработки вагинального отростка
- 2) полной скелетизации сосудов яичка*
- 3) выделения яичка единым блоком
- 4) тоннелизации мошонки
- 5) фиксации яичка к мясистой оболочке

2. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) низведение яичка без натяжения его элементов*
- 2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3) пересечение мышцы, поднимающей яичко
- 4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика
- 5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

8. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

- 1) эндоваскулярная окклюзия
- 2) операция Иванисевича
- 3) операция Паломо
- 4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*
- 5) тщательное урологическое обследование

9. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ:

- 1) наблюдение в динамике
- 2) консервативная терапия
- 3) склеротерапия
- 4) операция Иванисевича*
- 5) операция Винкельмана

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 1.4. Острые желудочно-кишечные кровотечения у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний о кровотечениях из желудочно-кишечного тракта у детей, возрастных аспектов проблемы.

Задачи: - рассмотреть механизмы и виды кровотечений, различные причины состояния, - обучить студентов методам диагностики и лечения кровотечений;

- изучить кровотечения из пищевода, кровотечения из желудка, кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника, способы лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику и методы лечения рефлюкс-эзофагита, портальной гипертензии, химических ожогов пищевода; Анатомо-физиологические особенности детского организма; особенности клиники, диагностики и лечения у детей.

Обучающийся должен уметь: правильно поставить диагноз и назначить необходимое лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения кровотечений из ЖКТ у детей, постановкой показаний к лечению различных форм.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Кровотечения из пищевода (рефлюкс-эзофагит, портальная гипертензия, химические ожоги пищевода). Кровотечения из желудка, 12-перстной кишки у новорождённых и детей старшего возраста. Кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчику 4 года. Родился он с массой 3000 г. До 1 года рос и развивался хорошо, достаточно прибавлял в весе, хотя после еды часто отмечались срыгивания и изредка – рвота желудочным содержимым без примеси желчи.

После 1 года рвота стала очень редкой и не беспокоила родителей, но обращала на себя внимание постоянно выраженная бледность ребёнка. В общих анализах крови гемоглобин держался на цифрах около 90 г/л. Иногда родители отмечали, что стул ребенка приобретает черную окраску, и в эти периоды бледность мальчика усиливалась.

Неоднократно лечился в соматическом стационаре с диагнозом "анемия неясной этиологии".

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Диагностические ошибки на амбулаторном и госпитальном этапах?*
3. *План и методы обследования?*
4. *Методы показанного лечения?*
5. *Исходы заболевания? Прогноз? Диспансерное наблюдение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: постановкой показаний к лечению различных форм.

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Кровотечения из пищевода (рефлюкс-эзофагит, портальная гипертензия, химические ожоги). Клиника, дифференциальная диагностика, лечение

2) Кровотечения из желудка, 12-перстной кишки у новорожденных и детей старшего возраста (эрозии, язвенная болезнь, синдром Мэллори-Вэйса, стрессовые язвы). Клиника, диагностика, лечение

3) Кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника (некротический энтероколит новорожденных, дивертикулит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- А) геморрагическая болезнь*
- Б) инвагинация кишечника
- В) язвенная болезнь ДПК
- Г) портальная гипертензия

2. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ

- А) геморрагическая болезнь
- Б) инвагинация кишечника*
- В) язвенная болезнь ДПК
- Г) портальная гипертензия

3. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

- А) геморрагическая болезнь
- Б) инвагинация кишечника
- В) язвенная болезнь ДПК
- Г) портальная гипертензия
- Д) эрозивный гастрит*

4. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ 3 ЛЕТ

- А) геморрагическая болезнь
- Б) инвагинация кишечника
- В) язвенная болезнь ДПК

2. Г) портальная гипертензия ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:

- А) гипокалиемия*
- Б) погрешности диеты
- В) операционная травма брюшной полости*
- Г) ЧМТ*
- Д) интоксикация любой этиологии*

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин , С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.5.: Травма живота у детей (практическое занятие).

Цель: изучить биомеханизм, классификацию, методы диагностики и дифференциальной диагностики,

способы лечения различных повреждений органов брюшной полости.

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах

2) выраженные симптомы раздражения брюшины*

3) симптом "Ваньки - встаньки"

4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически*

5) отсутствие перистальтики*

6) симптом исчезновения печеночной тупости*

ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1."Френикус"- симптом*

2.сильные опоясывающие боли

3.укорочение перкуторного звука в левой половине живота*

4.слабый симптом Щеткина-Блюмберга*

5.лейкоцитоз*

6.снижение артериального давления*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Виды повреждений органов брюшной полости у детей.

2) Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов брюшной полости.

3) Повреждения паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочная железа).
Диагностика. Принципы лечения.

4) Повреждения полых органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, брыжейка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка). Диагностика. Принципы лечения.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

- 1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
- 2) выраженные симптомы раздражения брюшины*
- 3) симптом "Ваньки - встаньки"
- 4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически*
- 5) отсутствие перистальтики*
- 6) симптом исчезновения печеночной тупости*

2. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) "Френикус"- симптом*
- 2) сильные опоясывающие боли
- 3) укорочение перкуторного звука в левой половине живота*
- 4) слабый симптом Щеткина-Блюмберга*
- 5) лейкоцитоз*
- 6) снижение артериального давления*

3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) Ангиографию*
- 2) лапароцентез или лапароскопию*
- 3) УЗИ
- 4) Пневмоперитонеум*
- 5) измерение артериального давления
- 6) обзорную рентгенографию брюшной полости*
- 7) пневмоирригографию*

4. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) явления посттравматического шока*
- 2) положительный френикус-симптом
- 3) болезненность и слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье*
- 4) свободный газ в брюшной полости
- 5) укорочение перкуторного звука в правом боковом канале*

положительный симптом Пастернацкого

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская	М.П. Разин,	2011 Москва:	100	Консультант

	урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	«ГЭОТАР-Медиа»		студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин,	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ

	и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин			
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.6: Инородные тела ЖКТ и дыхательных путей у детей (практическое занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний заболеваний связанных с наличием инородных тел в ЖКТ и дыхательных путях, на фоне пороков развития лёгких и ЖКТ.

Задачи: - рассмотреть семиотику, клиническую картину, методы диагностики заболеваний легких и желудочно-кишечного тракта.

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития легких и ЖКТ, а также заболеваний возникающих на фоне инородных тел ЖКТ и дыхательных путей.

- изучить агенезию и аплазию легких, врожденную солитарную кисту легких, легочную секвестрацию, бронхоэктатическую болезнь, обтурационную кишечную непроходимость.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: семиотику, диагностику, клиническую картину и методы диагностики заболеваний легких и ЖКТ.

Обучающийся должен уметь: применять методы диагностики и лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики, лечения и реабилитации больных с пороками легких и ЖКТ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Ателектазы легких у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.

Лобарная эмфизема у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.

Пороки развития трахеобронхального дерева у детей (синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера, трахеальный бронх, бронхоэктатическая болезнь): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение. Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

Врожденная солитарная киста легкого, легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение.

Инородные тела дыхательных путей. Клиника диагностика, лечение.

Инородные тела ЖКТ. Клиника, диагностика и лечение.

Обтурационная кишечная непроходимость.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок родился от 1-ой нормально протекавшей беременности и физиологических срочных родов, с массой 3500 г. Закричал сразу. С первых суток отмечен цианоз носогубного треугольника, одышка до 60 в мин. Грудная клетка вздута слева. Перкуторно над лёгкими выявляется коробочный оттенок лёгочного звука. Аускультативно слева дыхание ослаблено, справа – пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в минуту, максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, обычной формы, печень + 2 см. Стул и диурез нормальные. При кормлении и беспокойстве ребёнка усиливается цианоз и нарастает одышка.

Контрольные вопросы

1. Поставить диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Классификация?
4. Методы обследования?
5. Показанное лечение? Возможные осложнения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
2. Лобарная эмфизема у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
3. Пороки развития трахеобронхального дерева у детей (синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера, трахеальный бронх, бронхоэктатическая болезнь): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
4. Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз
5. Врожденная локализованная (лобарная) эмфизема. Клиника, диагностика, лечение
6. Врожденная солитарная киста легкого. Диагностика и лечение
7. Легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение
8. Легочные артериовенозные свищи. Диагностика и лечение
9. Инородные тела дыхательных путей. Клиника диагностика, лечение.
10. Инородные тела ЖКТ. Клиника, диагностика и лечение.
11. Обтурационная кишечная непроходимость.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) гипоплазия легкого
- 2) аплазия легкого *
- 3) агенезия легкого
- 4) ателектаз
- 5) буллы

2. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) гипоплазия легкого
- 2) аплазия легкого
- 3) агенезия легкого *
- 4) ателектаз
- 5) кистозная гипоплазия

3. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевы бронхи. Наиболее вероятный диагноз :

- 1) бронхоэктазия
- 2) агенезия легкого
- 3) аплазия легкого
- 4) гипоплазия легкого *
- 5) ателектаз

4. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого

легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) бронхоэктазия
- 2) агенезия легкого
- 3) кистозная гипоплазия *
- 4) гипоплазия легкого
- 5) аплазия легкого

5. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень, прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево со снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

- 1) киста легкого
- 2) лобарная эмфизема *
- 3) напряженный пневмоторакс
- 4) гипоплазия легкого
- 5) агенезия легкого

6. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) киста легкого
- 2) опухоль легкого
- 3) легочная секвестрация *
- 4) опухоль средостения
- 5) ателектаз

7. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, достигающие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) бронхоэктазы
- 2) легочная секвестрация
- 3) гипоплазия нижней доли *
- 4) опухоль средостения
- 5) агенезия легкого

8. Пищевод Барретта - это:

- 1) рефлюкс-эзофагит
- 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) аденокарцинома
- 4) метаплазия слизистой пищевода *
- 5) пептическая стриктура пищевода

9. При установлении диагноза "агенезия легкого" наиболее достоверным методом обследования является:

- 1) бронхоскопия *
- 2) аортография
- 3) ангиопульмонография
- 4) бронхография
- 5) обзорная рентгенография

10. При установлении диагноза "аплазия легкого" наиболее достоверным методом обследования является:

- 1) бронхография
- 2) сканирование легкого
- 3) бронхоскопия *
- 4) ангиопульмонография
- 5) аортография

11. Для того чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:

- 1) сканирование легкого
- 2) бронхоскопию
- 3) ангиопульмонографию
- 4) аортографию

5) бронхографию *

12. Методом выбора обследования при установлении диагноза "врожденная лобарная эмфизема" является:

- 1) бронхоскопия
- 2) бронхография
- 3) обзорная рентгенография
- 4) радиоизотопное обследование легких *
- 5) ангиопульмонография

13. При установлении диагноза "легочная секвестрация" предпочтение имеет:

- 1) аортография *
- 2) бронхография
- 3) бронхоскопия
- 4) ангиопульмонография
- 5) сканирование легких

14. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- 1) сканирование легких
- 2) аортография
- 3) бронхография
- 4) ангиопульмонография
- 5) бронхоскопия *

15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- 1) нижняя доля справа
- 2) верхняя доля слева *
- 3) нижняя доля слева
- 4) верхняя доля справа
- 5) средняя доля правого легкого

16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- 1) средняя доля правого легкого
- 2) нижняя доля левого легкого
- 3) верхняя доля левого легкого
- 4) верхняя доля правого легкого
- 5) нижняя доля правого легкого *

17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- 1) экстренную операцию
- 2) плановую операцию *
- 3) срочную операцию
- 4) консервативную терапию
- 5) выжидательную тактику

18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- 1) консервативную терапию
- 2) бронхоскопическую санацию
- 3) экстренную операцию *
- 4) наблюдение в динамике
- 5) плановую операцию

19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- 1) срочную операцию *
- 2) операцию после предоперационной подготовки
- 3) консервативную терапию
- 4) диспансерное наблюдение
- 5) плановую операцию

20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:

- 1) боковая торакотомия
- 2) передняя торакотомия

- 3) заднебоковая торакотомия
4) задняя торакотомия
5) переднебоковая торакотомия *

1. ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:

- А) гипокалиемия*
Б) погрешности диеты
В) операционная травма брюшной полости*
Г) ЧМТ*
Д) интоксикация любой этиологии*

2. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- А) операционная травма брюшины*
Б) аэрация брюшины*
В) «неподвижность» кишечника*
Г) гиперпродукция соединительной ткани*
Д) геморрагический васкулит

3. КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

- А) приступообразные боли в животе*
Б) многократная рвота
В) понос
Г) кровь со слизью в ампуле прямой кишки*
Д) синдром «опухли в животе»

4) ОБТУРАЦИОННУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- А) глистная инвазия*
Б) безоары*
В) трудноперевариваемая растительная клетчатка, съеденная в больших количествах*
Г) несъедобные предметы у детей с аллотриофагией*
Д) обтурация сонных артерий

5) ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

- А) стимуляция кишечника*
Б) экстренная операция
В) плановая операция
Г) психотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 1.7. Неотложные состояния в проктологии у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний неотложных состояний в детской проктологии, пороков развития и заболеваний толстой кишки

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития толстой кишки, неотложные состояния в проктологии

- обучить диагностике, принципам и способам оперативного лечения пороков развития толстой кишки
- изучить - Наружные кишечные свищи. Параректит, параректальные свищи. Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, тактика. Болезнь Пайра, долихосигму, хронические запоры у детей, принципы оперативного лечения больных.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития и заболеваний толстой кишки

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза
Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения пороков и заболеваний толстой кишки, лабораторными методами исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Показания к инструментальным методам исследования (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, фистулография, КТ, МРТ). Показания к консервативным и хирургическим методам лечения. Способы операций.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Наружные кишечные свищи.
2. Параректит, параректальные свищи. Понятие. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, тактика.
3. Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
4. Долихосигма.
5. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
6. Параректит у детей. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение.

3. Практическая работа.

Курация больных
Разбор клинических больных
Отработка практических навыков
Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач
- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую *
- 2) подострую
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ирригографию
- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
- 3) дачу бариевой смеси через рот
- 4) колоноскопию
- 5) определение активности ацетилхолинэстеразы

Не предусмотрены учебным планом.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика
- 2) Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения

- 3) Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)
- 4) Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
- 5) Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- 6) Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация
- 7) Парапроктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
- 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- 3) копчиковая киста
- 4) воронкообразное кожное втяжение
- 5) все перечисленное

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография *
- 4) ректороманоскопия, колоноскопия
- 5) весь перечисленный комплекс исследований

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) на животе *
- 2) на спине
- 3) на левом боку
- 4) на правом боку
- 5) любое из перечисленных

4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
- 3) при обострении процесса
- 4) после 5-6 лет
- 5) в любые сроки

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгеноконтрастный
- 2) ректороманоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) пальцевое ректальное исследование *
- 5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *
- Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года *
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года *
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

- 1) 3 часа после рождения
- 2) 6 часов после рождения
- 3) 16 часов после рождения *
- 4) 24 часа после рождения
- 5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) ректовестибулярный свищ *
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректоvesикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография по Вангенстину
- 2) контрастное исследование кишки через свищ
- 3) исследование свища зондом *
- 4) электромиография промежности
- 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

- 1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *
- 2) гипертрофия мышечного слоя кишки
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую *
- 2) подострую
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ирригографию
- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
- 3) дачу бариевой смеси через рот
- 4) колоноскопию
- 5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
- 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку
- 4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
- 5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 3 месяца

- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую
- 2) подострую *
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) в 1,5 года
- 2) в 3 года
- 3) в 6 лет
- 4) в 10 лет
- 5) по установлению диагноза *

19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- 1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм
- 2) радикальное оперативное вмешательство
- 3) пристеночную цекостомию
- 4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки
- 5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) до 6 месяцев *
- 2) после 1 года
- 3) после 3 лет
- 4) после 6 лет
- 5) после перенесенной кишечной инфекции

21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) операция Дюамеля
- 2) операция Свенсона
- 3) операция Соаве *
- 4) колостомы
- 5) илеостомы

22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) ирригография с воздухом
- 3) ирригография с бариевой взвесью *
- 4) дача бариевой взвеси через рот
- 5) колоноскопия

23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

- 1) болезнь Гиршпрунга *
- 2) долихосигма
- 3) хронический колит
- 4) неспецифический язвенный колит
- 5) болезнь Крона

24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) консервативную терапию, сифонные клизмы

- 2) срочное радикальное оперативное вмешательство
- 3) срочную колостомию
- 4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *
- 5) колостомию в удовлетворительном состоянии

25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

- 1) опухоль толстой кишки
- 2) удвоение кишечника
- 3) лимфангиома брюшной полости
- 4) каловый камень *
- 5) холодный аппендикулярный инфильтрат

26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) разрез мягких тканей и дренирование *
- 2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
- 3) антибактериальная терапия
- 4) физиотерапевтические методы лечения
- 5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев *
- 3) 8 месяцев
- 4) 1,5 года
- 5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инфекционная
- 2) ферментативная
- 3) алиментарная
- 4) аллергическая
- 5) аутоиммунная *

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) острая
- 2) первично-хроническая
- 3) хроническая
- 4) скоротечная
- 5) подострая *

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) об острой форме неспецифического язвенного колита
- 2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
- 3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
- 4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
- 5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бактериологическое
- 2) рентгенологическое
- 3) эндоскопическое *
- 4) пальцевое ректальное
- 5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

- 1) колита
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) неспецифического язвенного колита *
- 4) болезни Крона
- 5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома *
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны *
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

- 1) ревизия и санация брюшной полости
- 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
- 4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *
- 5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, цекостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полсти
- 5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОИДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический

3) пальцевое ректальное исследование *

4) ангиография

5) пункция образования

40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:

1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *

2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

- 2) вторая
- 3) третья *
- 4) четвертая
- 5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

- 1) компенсированную
- 2) субкомпенсированную
- 3) декомпенсированную *
- 4) II степень
- 5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) пальцевое исследование прямой кишки *
- 3) ирригография с воздухом
- 4) лапароскопия
- 5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 1.8.: Травма грудной клетки у детей (практическое занятие).

Цель: изучить биомеханизм, классификацию, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки.

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. Ответить на вопросы по теме занятия. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- 2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- 3) с противошоковой целью ввести наркотики
- 4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- 5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Виды повреждений органов грудной клетки у детей.
 2. Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов грудной клетки.
 3. Повреждения легких. Диагностика. Принципы лечения.
 4. Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и принципы лечения в возрастном аспекте.
 5. Повреждения органов средостения. Диагностика. Принципы лечения.
 6. Торакоскопическая хирургия у детей.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- 2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- 3) с противошоковой целью ввести наркотики
- 4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- 5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза*

2. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей*
- 2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- 3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- 4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- 5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

3. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
- 2) с помощью корсетов
- 3) оперативное лечение
- 4) одномоментную реклинацию и корсет

- 5) не требует лечения
- 4.ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ
- 1) черепно-мозговая травма
 - 2) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей*
 - 3) повреждения позвоночника и таза
 - 4) повреждения таза и верхних конечностей
 - 5) повреждения верхних и нижних конечностей
- 5.ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) падение с высоты и огнестрельные ранения
 - 2) автотравма и падение с высоты*
 - 3) синдром опасного обращения с детьми
 - 4) огнестрельные ранения
 - 5) рельсовая травма
- 6.ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ПРЕОБЛАДАЮТ
- 1) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей
 - 2) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов
 - 3) повреждения таза и конечностей
 - 4) повреждения конечностей
 - 5) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов*
- 7.ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) состояние жизненно важных функций*
 - 2) степень кровотечения
 - 3) болевая ирритация
 - 4) коматозное состояние
 - 5) степень шока
- 8.ПРИ ПОЛИТРАВМЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО – ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) разрыв печени и диафрагмы
 - 2) разрыв диафрагмы
 - 3) ушиб сердца
 - 4) открытый пневмоторакс
 - 5) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого*

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

	(гриф УМО)				
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ

	РФ)				
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста.

Тема 2.1. Механическая желтуха у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний атрезии желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

Задачи: - рассмотреть атрезию желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, формы атрезии желчных путей

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Атрезия желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

2. Кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, роды в срок. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса при рождении 3600 г. Состояние удовлетворительное, со 2 суток желтуха II ст. Период адаптации протекал удовлетворительно. Отмечалась длительная гипербилирубинемия, общий билирубин - 176 ммоль/л, непрямой - 53 ммоль/л, АСТ - 38 ед. Общие анализы крови и мочи в норме.

С 2-х недельного возраста у ребенка периодически появляются обесцвеченный стул и тёмная моча. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-желтушные. Сосет активно, периодически срыгивает молоком. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот вздут, безболезненный, печень +3 см. Под печенью справа определяется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, 6x8 см, неподвижное, с ровными контурами. Ребёнок переведён в клинику в возрасте 1 месяца.

В общем анализе крови: Нб - 100 г/л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 38%, лимфоциты - 48%, моноциты - 10%, СОЭ - 5 мм/час, Нт - 50%. Анализ мочи: белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты - положительные. Биохимия крови: общий белок - 6,5 г/л, билирубин - 180 ммоль/л, непрямой - 164,8 ммоль/л, мочевины - 16 ммоль/л, трансаминаза - 25 ед, калий плазмы - 4,9 мэкв/л, натрий плазмы - 141 мэкв/л. КОС: рН - 7,36, рСО₂ - 36 мм.рт.ст, рО₂ - 76 мм.рт.ст, ВЕ - 2 ммоль/л, SB - 20 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Этиология, патогенез?*

3. *Классификация?*
4. *Дифференциальный диагноз?*
5. *Составить план обследования. Определить тактику лечения.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Атрезия желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
2. Кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

1. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ

- 1) доброкачественные опухоли
- 2) злокачественные опухоли
- 3) энтерокисты
- 4) врожденные кисты *
- 5) удвоения

2. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

- 1) резекция кишки с кистой *
- 2) вылушивание кисты
- 3) пункция кисты
- 4) анастомоз кисты с другим участком кишки
- 5) консервативное лечение

3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

- 1) иссечение кисты
- 2) резекция поджелудочной железы
- 3) цистоеюноанастомоз *
- 4) наружное дренирование
- 5) цистодуоденоанастомоз

4. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) с момента рождения
- 2) с 1-2-го дня быстро прогрессирует *
- 3) со 2-го дня быстро исчезает
- 4) с 3-го дня жизни
- 5) со 2-8-й недели

5. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) снижения способности печени к конъюгации билирубина
- 2) особенностей строения желчевыводящей системы
- 3) незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
- 4) недостаточности витамина С *
- 5) ранимости билирубинового обмена при патологии

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 2.2. Мегаколон у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний о хирургических заболеваниях толстой кишки, изучение различных заболеваний и пороков развития толстой кишки.

Задачи: - рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию, формы хирургических заболеваний толстой кишки

- обучить способам диагностики и методам лечения
- изучить мегаколон у детей, болезнь Гиршпрунга, выпадение слизистой и прямой кишки, полипоз кишечника, анальные трещины
- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, формы хирургических заболеваний толстой кишки

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Болезнь Гиршпрунга. Классификация, формы, стадии заболевания. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных. Выпадение слизистой и прямой кишки у детей. Клиника, диагностика, лечение и реабилитация. Полипоз кишечника: виды, особенности диагностики, принципы лечения. Полипы толстой и прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Анальные трещины. Клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок 2 года 2 мес. поступил в приёмное отделение хирургической клиники с подозрением на острый аппендицит. Известно, что он болен около суток. Ребенок периодически беспокоится, жалуется на боли в животе. Была однократная рвота. Температура $37,1^{\circ}\text{C}$. Стула не было в течение 3 суток. В общем анализе крови лейкоцитоз $10,1 \times 10^9/\text{л}$.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Живот несколько вздут, умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный. Сделана очистительная клизма – получен обильный стул, отошли газы. Живот опал, стал мягким, безболезненным.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечебно-диагностическая тактика?
4. Дополнительные методы диагностики?

5. Причины возможных диагностических ошибок?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика
- Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения
- Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)
- Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
- Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация
- Парaproктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
- 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- 3) копчиковая киста
- 4) воронкообразное кожное втяжение
- 5) все перечисленное

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография *
- 4) ректороманоскопия, колоноскопия
- 5) весь перечисленный комплекс исследований

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) на животе *
- 2) на спине
- 3) на левом боку
- 4) на правом боку
- 5) любое из перечисленных

4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) по установлению диагноза
- 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
- 3) при обострении процесса
- 4) после 5-6 лет
- 5) в любые сроки

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгеноконтрастный
- 2) ректороманоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) пальцевое ректальное исследование *

5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;

Б) консервативная терапия, бужирование;

В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *

Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

Д) любой из перечисленных вариантов.

7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

1) 3 часа после рождения

2) 6 часов после рождения

3) 16 часов после рождения *

4) 24 часа после рождения

5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1) ректовестибулярный свищ *

2) ректовагинальный свищ

3) ректоуретральный свищ

4) ректовезикальный свищ

5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгенография по Вангенстину

2) контрастное исследование кишки через свищ

3) исследование свища зондом *

4) электромиография промежности

5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *

2) гипертрофия мышечного слоя кишки

3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки

4) токсическая дилатация толстой кишки

5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

1) острую *

2) подострую

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

1) ирриграфию

- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
 - 3) дачу бариевой смеси через рот
 - 4) колоноскопию
 - 5) определение активности ацетилхолинэстеразы
15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) радикальная операция
 - 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
 - 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку
 - 4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
 - 5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *
16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) 3 месяца
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 9 месяцев
 - 4) 12 месяцев *
 - 5) 3 года и старше
17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:
- 1) острую
 - 2) подострую *
 - 3) хроническую
 - 4) ректальную
 - 5) ректосигмоидальную
18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:
- 1) в 1,5 года
 - 2) в 3 года
 - 3) в 6 лет
 - 4) в 10 лет
 - 5) по установлению диагноза *
19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- 1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм
 - 2) радикальное оперативное вмешательство
 - 3) пристеночную цекостомию
 - 4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки
 - 5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *
20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) до 6 месяцев *
 - 2) после 1 года
 - 3) после 3 лет
 - 4) после 6 лет
 - 5) после перенесенной кишечной инфекции
21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) операция Дюамеля
 - 2) операция Свенсона
 - 3) операция Соаве *
 - 4) колостома
 - 5) илеостома
22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:
- 1) обзорная рентгенография брюшной полости

- 2) ирригография с воздухом
- 3) ирригография с бариевой взвесью *
- 4) дача бариевой взвеси через рот
- 5) колоноскопия

23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

- 1) болезнь Гиршпрунга *
- 2) долихосигма
- 3) хронический колит
- 4) неспецифический язвенный колит
- 5) болезнь Крона

24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) консервативную терапию, сифонные клизмы
- 2) срочное радикальное оперативное вмешательство
- 3) срочную колостомию
- 4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *
- 5) колостомию в удовлетворительном состоянии

25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

- 1) опухоль толстой кишки
- 2) удвоение кишечника
- 3) лимфангиома брюшной полости
- 4) каловый камень *
- 5) холодный аппендикулярный инфильтрат

26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) разрез мягких тканей и дренирование *
- 2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
- 3) антибактериальная терапия
- 4) физиотерапевтические методы лечения
- 5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев *
- 3) 8 месяцев
- 4) 1,5 года
- 5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инфекционная
- 2) ферментативная
- 3) алиментарная
- 4) аллергическая
- 5) аутоиммунная *

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) острая
- 2) первично-хроническая
- 3) хроническая
- 4) скоротечная
- 5) подострая *

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ,

КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) об острой форме неспецифического язвенного колита
- 2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
- 3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
- 4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
- 5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бактериологическое
- 2) рентгенологическое
- 3) эндоскопическое *
- 4) пальцевое ректальное
- 5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

- 1) колита
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) неспецифического язвенного колита *
- 4) болезни Крона
- 5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома *
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны *
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

- 1) ревизия и санация брюшной полости
- 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома

3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости

4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *

5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, сигмостома

3) ревизия и санация раны, цекостома

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости

5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгенологический

2) эндоскопический

3) пальцевое ректальное исследование *

4) ангиография

5) пункция образования

40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:

1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *

2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая *

2) вторая

- 3) третья
- 4) четвертая
- 5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) первая
- 2) вторая *
- 3) третья
- 4) четвертая
- 5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) первая
- 2) вторая
- 3) третья *
- 4) четвертая
- 5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

- 1) компенсированную
- 2) субкомпенсированную
- 3) декомпенсированную *
- 4) II степень
- 5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) пальцевое исследование прямой кишки *
- 3) ирригография с воздухом
- 4) лапароскопия
- 5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 2.3. Грыжи передней брюшной стенки у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний о заболеваниях связанных с нарушениями формирования передней брюшной стенки, облитерации вагинального отростка брюшины у детей, крипторхизмом, варикоцеле у детей.

Задачи: - рассмотреть классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.

- обучить диагностике и лечению различных видов грыж и водянок у детей

- изучить клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка; Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение. Написать учебную историю болезни. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику патологии, определять сроки и показания к оперативному лечению больных.

Обучающийся должен владеть: навыками диагностики, принципами определения показаний к адекватному лечению больных.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на плановый прием обратился больной И. пяти лет с жалобами на наличие образования в правой паховой области. Образование возникло впервые месяц назад, ранее образование не выявлялось. На момент осмотра: кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет, ЧД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальная симптоматика отрицательная. Стул, диурез в норме.

В правой паховой области пальпируется овоидное эластическое образование, безболезненное, смещаемое, не спаянное с подлежащими тканями, легко, с урчанием вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

Контрольные вопросы

6. *Поставить диагноз. Определить врачебную тактику.*

7. *Этиология и патогенез заболевания?*

8. *Классификация? Дифференциальная диагностика?*

9. *Дополнительные методы диагностики?*

10. *Лечение? Диспансеризация?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

14) Определение понятия «грыжа живота». Классификация грыж живота. Предрасполагающие и производящие факторы в образовании грыж.

15) Анатомия и топография паховой области

16) Значение нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины в образовании паховых грыж

- 17) Клиника, диагностика, диф. диагностика паховых грыж
- 18) Сроки и принципы оперативного лечения. Грыжесечение по Дюамелю
- 19) Невправимая и ущемленная паховые грыжи. Клиника, диагностика, тактика, показания к консервативному и оперативному лечению
- 20) Водянка оболочек яичка. Классификация, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Операции Бергмана и Росса.
- 21) Киста семенного канатика. Диагностика, лечение
- 22) Эмбриогенез яичка. Аномалии развития и опускания яичка. Патогенез. Классификация.
- 23) Клиника, диагностика и диф. диагностика крипторхизма.
- 24) Показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки и способы низведения и фиксации яичка.
- 25) Варикоцеле. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика
- 26) Показания и способы лечения варикоцеле. Операция Иванисевича.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*
- 2) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
- 3) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
- 4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
- 5) накопление жидкости в полости мошонки, увеличение яичка, болезненность яичка

2. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

- 1) экстренного оперативного лечения
- 2) оперативного лечения в плановом порядке
- 3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
- 4) наблюдение в динамике
- 5) гормональное лечение

3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
- 3) повторные пункции с введением гидрокортизона
- 4) оперативное лечение в плановом порядке*
- 5) назначение гормональных препаратов

4. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутрибрюшным давлением
- 2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка*
- 5) инфекцией мочевыводящих путей

5. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

- 1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
- 2) подвздошно-гребешковой связки*
- 3) пупартовой связки
- 4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
- 5) поперечной фасции

6. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

- 1) при кисте семенного канатика;
- 2) при перекруте яичка;
- 3) при орхоэпидидимите;
- 4) при напряженной водянке оболочек яичка*
- 5) при идиопатическом отеке мошонки

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

- 1) обработки вагинального отростка
- 2) полной скелетизации сосудов яичка*
- 3) выделения яичка единым блоком

4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

2. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика

5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

8. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

1) эндovasкулярная

ОККЛЮЗИЯ

2) операция Иванисевича

3) операция Паломо

4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*

5) тщательное урологическое обследование

9. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ:

1) наблюдение в динамике

2) консервативная терапия

3) склеротерапия

4) операция Иванисевича*

5) операция Винкельмана

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 2.4. Острый панкреатит у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний пороков развития и заболеваний поджелудочной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

Задачи: - рассмотреть панкреатиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить кисты и заболевания поджелудочной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, формы пороков развития поджелудочной железы

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Пороки развития и заболевания поджелудочной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

Заболевания селезенки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды самостоятельные, в срок. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, масса 2900 г., длина тела 50 см.

Состояние после рождения удовлетворительное, на 2-е сутки приложен к груди, сосёт активно. При осмотре – кожные покровы желтушные, тургор тканей удовлетворительный, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, громкие. Живот увеличен в размерах, мягкий, безболезненный, печень +2,5 см. При пальпации справа под печенью определяется плотное, эластической консистенции, безболезненное опухолевидное образование 8x10 см., неподвижное. Ребёнок переведён в хирургическую клинику в возрасте 6 суток.

Общие анализы крови и мочи в норме. КОС: рН - 7,37, рO₂ - 70 мм рт.ст., рСО₂ - 35 мм рт.ст., SB - 22 ммоль/л, BE - 2,5 ммоль/л, мочевины - 5 ммоль/л, билирубин - 8,6 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. Составить план обследования?
2. Предположительный диагноз?
3. Этиология, патогенез?
4. Классификация?
5. Определить тактику лечения? Виды показанного оперативного лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

Пороки развития поджелудочной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

Заболевания селезенки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

6. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ

- 1) доброкачественные опухоли
- 2) злокачественные опухоли
- 3) энтерокисты
- 4) врожденные кисты *
- 5) удвоения

7. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

- 1) резекция кишки с кистой *
- 2) вылушивание кисты
- 3) пункция кисты
- 4) анастомоз кисты с другим участком кишки
- 5) консервативное лечение

8. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

- 1) иссечение кисты
- 2) резекция поджелудочной железы
- 3) цистоеюноанастомоз *
- 4) наружное дренирование
- 5) цистодуоденоанастомоз

9. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО

ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) с момента рождения
- 2) с 1-2-го дня быстро прогрессирует *
- 3) со 2-го дня быстро исчезает
- 4) с 3-го дня жизни
- 5) со 2-8-й недели

10. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) снижения способности печени к конъюгации билирубина
- 2) особенностей строения желчевыводящей системы
- 3) незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
- 4) недостаточности витамина С *
- 5) ранимости билирубинового обмена при патологии

ПРИЧИНАМИ ХИЛОТОРАКСА МОГУТ БЫТЬ

- 1) врожденные
- 2) травматические
- 3) нетравматические
- 4) все вышеперечисленные *
- 5) наследственные

11. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО

- 1) лимангиоматоз кишечника *
- 2) лимфангиоматоз легкого
- 3) гемангиомы кишечника
- 4) ангиоматоз легкого
- 5) фиброзная остеодисплазия

12. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА С НАПРЯЖЕННЫМ ХИЛОТОРАКСОМ ПОКАЗАНО

- 1) плевральное дренирование с активной аспирацией
- 2) плевральное дренирование с аспирацией по Бюлау
- 3) операция
- 4) плевральная пункция *
- 5) консервативное лечение

13. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ИЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПОЛЬЗУ ТОГО, ЧТО ЭТО ЛИМФА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) повышенное содержание липидов
- 2) повышенное содержание белка
- 3) повышенный уровень триглицеридов
- 4) при микроскопии преобладают лимфоциты
- 5) при микроскопии преобладают нейтрофилы*

14. ПОМИМО ПУНКЦИОННОГО, ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХТ И ХП В СЕБЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ЛФК, массаж
- 2) парафин на переднюю брюшную стенку
- 3) парентеральное питание (или смеси с ТСЦ), октреатид *
- 4) системную энзимотерапию
- 5) селективную деконтаминацию

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
-Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста.

Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Раздел 3. Хирургия новорожденных.

Тема 3.1. Врожденные пороки развития пищевода у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний пороков развития пищевода

Задачи: - рассмотреть вопросы анатомии пищевода в норме и варианты пороков развития;

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития пищевода;

- изучить этиологию, клинику, методы лечения и реабилитацию детей с пороками пищевода;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: этиологию, клинику, диагностику и лечение атрезии пищевода, врожденного короткого пищевода, халазии и ахалазии пищевода.

Обучающийся должен уметь: поставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения больных с пороками пищевода.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Врожденный короткий пищевод. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Халазия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Ахалазия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

4. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

В стационар поступает мальчик в возрасте 2-х лет. Известно, что сутки назад он по неосторожности случайно сделал глоток уксусной эссенции. При поступлении: физическое развитие по возрасту. Состояние больного расценено как тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Выражено обильное слюнотечение. Отмечается гипертермия до 39,5°C. Ребенок отказывается от еды, пьет очень мало, мочится редко, небольшими порциями концентрированной мочи. При осмотре полости рта: на слизистой – массивные фибринозные наложения.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Оказание первой медицинской помощи?*
3. *Классификация повреждений?*
4. *Этапы стационарного лечения?*
5. *Методы лечения? Возможные осложнения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1. Атрезия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
2. Врожденный короткий пищевод. Клиника, диагностика, лечение.
3. Халазия и ахалазия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

4. Химические ожоги пищевода. Клиника, лечение.
5. Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
6. Пищеводные кровотечения. Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЭЗОФАГОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ

- А) бариевой взвесью
- Б) иодидом калия
- В) урогарфином*
- Г) омнипаком*

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

- А) баллонная дилатация*
- Б) бужирование
- В) кардиотомия

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ЭТО

- А) пилоромиотомия
- Б) операция фундопликации*
- В) операция Танера
- Г) спленоренальный анастомоз

4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА

- А) промывание полости рта водой*
- Б) промывание желудка молоком
- В) атропин*
- Г) промедол*

Д) госпитализация в соматический стационар

Е) госпитализация в хирургический стационар*

5. К БУЖИРОВАНИЯМ ПОСЛЕ ЩЕЛОЧНОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИБЕГАЮТ

- А) сразу
- Б) через неделю
- В) через 2 недели
- Г) через 3 недели*

6. ФГС ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖОГА ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А) при поступлении
- Б) через 7 дней*
- В) через 2 недели
- Г) через 3 недели

7. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

- А) подпеченочная
- Б) внутripеченочная*
- В) надпеченочная

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

-Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 3.2. Врожденные пороки развития диафрагмы у детей (практическое занятие).

Цель: освоение ординаторами знаний о пороках развития диафрагмы, диафрагмальных грыжах в детской практике.

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез диафрагмы и его возможные нарушения, этиологию, классификацию заболевания

- обучить методам диагностики и диффдиагностики различных форм патологии, лечения больных с

диафрагмальными грыжами

- изучить клинику истинных диафрагмально-плевральных грыж, ложных диафрагмально-плевральных грыж, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, френоперикардиальных грыж, парастернальных грыж, определение показаний для различных методов оперативной коррекции патологии.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: эмбриогенез диафрагмы и его возможные нарушения, классификацию диафрагмальных грыж, АФО детского организма; клинику, диагностику, лечение различных форм патологии.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики и лечения

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, определять порядок оказания помощи, ставить показания для оперативного лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия : Эмбриогенез диафрагмы и его возможные нарушения. Классификация диафрагмальных грыж у детей. Клиника, диагностика и лечение истинных диафрагмально-плевральных грыж. Клиника, диагностика и лечение ложных диафрагмально-плевральных грыж. Клиника, диагностика и лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика и лечение френоперикардиальных грыж. Клиника, диагностика и лечение парастернальных грыж.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок родился от 1-й нормально протекавшей беременности у матери 30 лет, с массой 3600 г. В родах вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Закричал после масочной вентиляции легких кислородом в течение 5 мин. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в минуту.

Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа – коробочный звук, слева – притупление тона. Аускультативно справа дыхание не выслушивается, слева ослаблено. Хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева. Тахикардия до 200 в минуту. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, диурез по возрасту, меконий отошёл.

Контрольные вопросы

1. *Вероятный диагноз?*
2. *Методы дополнительного обследования?*
3. *Дифференциальный диагноз?*
4. *Классификация?*
5. *Показанное лечение? Исходы? Прогноз?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Эмбриогенез диафрагмы
- 2) Классификация диафрагмальных грыж
- 3) Клиника, диагностика, лечение ложных грыж диафрагмы
- 4) Клиника, диагностика, лечение истинных грыж диафрагмы
- 5) Френоперикардиальные, парастернальные и пищеводного отверстия диафрагмы грыжи

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1) ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

- 1) френоперикардальная
- 2) передние
- 3) пищеводного отверстия *
- 4) задние ложные
- 5) истинные

2) У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- 1) передние грыжи диафрагмы
- 2) истинные левосторонние грыжи
- 3) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы *
- 4) задние ложные грыжи
- 5) френоперикардальные грыжи

3) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:

- 1) жесткая эзофагоскопия
- 2) рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка *
- 3) фиброэзофагоскопия
- 4) обзорная рентгеноскопия
- 5) компьютерная томография

4) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ:

- 1) с халазией пищевода *
- 2) с ахалазией пищевода
- 3) с врожденным стенозом
- 4) с врожденным коротким пищеводом
- 5) с дивертикулом пищевода

5) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВЫГОДНЕЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

- 1) из левосторонней торакотомии
- 2) из лапаротомии
- 3) из правосторонней торакотомии
- 4) из верхнесрединной лапаротомии *
- 5) из широкой срединной лапаротомии

6) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АГРЕССИВНОСТИ

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) эзофагоскопия
- 2) манометрия
- 3) рН-метрия *
- 4) рентгеноконтрастное исследование
- 5) компьютерная томография

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
- Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.
- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
- Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 3.3. Врожденные пороки развития желчевыводящих путей у детей (практическое занятие)

Цель: овладение студентами знаний атрезии желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

Задачи: - рассмотреть атрезию желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, формы атрезии желчных путей

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Атрезия желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

2. Кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине, роды в срок. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса при рождении 3600 г. Состояние удовлетворительное, со 2 суток желтуха II ст. Период адаптации протекал удовлетворительно. Отмечалась длительная гипербилирубинемия, общий билирубин - 176 ммоль/л, непрямой - 53 ммоль/л, АСТ - 38 ед. Общие анализы крови и мочи в норме.

С 2-х недельного возраста у ребенка периодически появляются обесцвеченный стул и тёмная моча. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-желтушные. Сосет активно, периодически срыгивает молоком. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот вздут, безболезненный, печень +3 см. Под печенью справа определяется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, 6х8 см, неподвижное, с ровными контурами. Ребёнок переведён в клинику в возрасте 1 месяца.

В общем анализе крови: Нб - 100 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 38%, лимфоциты - 48%, моноциты - 10%, СОЭ - 5 мм/час, Нт - 50%. Анализ мочи: белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты - положительные. Биохимия крови: общий белок - 6,5 г/л, билирубин - 180 ммоль/л, непрямой - 164,8 ммоль/л, мочевины - 16 ммоль/л, трансаминаза - 25 ед, калий плазмы - 4,9 мэкв/л, натрий плазмы - 141 мэкв/л. КОС: рН - 7,36, рСО₂ - 36 мм.рт.ст, рО₂ - 76 мм.рт.ст, ВЕ - 2 ммоль/л, SB - 20 ммоль/л.

Контрольные вопросы

6. *Предположительный диагноз?*
7. *Этиология, патогенез?*
8. *Классификация?*
9. *Дифференциальный диагноз?*
10. *Составить план обследования. Определить тактику лечения.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

3. Атрезия желчных путей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

4. Кисты холедоха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

15. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ
- 1) доброкачественные опухоли
 - 2) злокачественные опухоли
 - 3) энтерокисты
 - 4) врожденные кисты *
 - 5) удвоения
16. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО
- 1) резекция кишки с кистой *
 - 2) вылушивание кисты
 - 3) пункция кисты
 - 4) анастомоз кисты с другим участком кишки
 - 5) консервативное лечение
17. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ
- 1) иссечение кисты
 - 2) резекция поджелудочной железы
 - 3) цистоеюноанастомоз *
 - 4) наружное дренирование
 - 5) цистодуоденоанастомоз
18. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) с момента рождения
 - 2) с 1-2-го дня быстро прогрессирует *
 - 3) со 2-го дня быстро исчезает
 - 4) с 3-го дня жизни
 - 5) со 2-8-й недели
19. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ
- 1) снижения способности печени к конъюгации билирубина
 - 2) особенностей строения желчевыводящей системы
 - 3) незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
 - 4) недостаточности витамина С *
 - 5) ранимости билирубинового обмена при патологии

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

-Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 3.4. Врожденная кишечная непроходимость у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний врожденной непроходимости кишечника у детей, актуальных вопросов патологии.

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез кишечной трубки и физиологические повороты кишечника у плода; вопросы этиологии, патогенеза, клиники.

- обучить методам диагностики и диффдиагностики, лечения больных с врожденной патологией кишечника;
- изучить гастрошизис и омфалоцеле, пороки развития 12-перстной кишки; клинику, диагностику и лечение высокой врожденной кишечной непроходимости, низкой врожденной кишечной непроходимости, пилоростеноза, методы оперативного лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: эмбриогенез кишечной трубки и физиологические повороты кишечника; клинику, диагностику и лечение врожденной кишечной непроходимости.

Обучающийся должен уметь: поставить правильный диагноз, назначить необходимое лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения больных с патологией кишечника, определять показания к оптимальному лечению различных форм патологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Эмбриогенез кишечной трубки и физиологические повороты кишечника у плода. Гастрошизис, омфалоцеле, удвоения кишечной трубки. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Пороки развития 12-перстной кишки, пилоростеноз. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Высокая врожденная кишечная непроходимость. Виды, аспекты клиники, диагностика и лечение. Низкая врожденная кишечная непроходимость. Виды, клинические варианты, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение (консервативное и оперативное).

3. **Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок родился от 1-й нормально протекавшей беременности и родов, в срок, массой 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

К груди приложен на 2 сутки, сосал активно, но периодически срыгивал с небольшой примесью желчи. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул ежедневно, но небольшими порциями. К 6-м суткам состояние ребенка постепенно ухудшалось, он терял в весе (вес 2900 г.), сосет активно, но срыгивает с примесью желчи. Со стороны лёгких и сердца без особенностей. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области. Стул переходный, скудный.

КОС: рН - 7,32, рО₂ - 78 мм рт.ст., PCO₂ - 36 мм рт.ст., BE - 2 ммоль/л, SB - 19 ммоль/л. Hb - 114 г/л, Ht - 68%. натрий плазмы - 138 мэкв/л, калий плазмы - 4,8 мэкв/л.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Этиология и патогенез?*
3. *Дифференциальный диагноз?*
4. *Составить план обследования.*

Назначить лечение. Принципы инфузионной терапии.

Не предусмотрены учебным планом.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1. Эмбриогенез кишечной трубки и физиологические повороты кишечника у плода
2. Пороки развития 12-перстной кишки. Виды, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
3. Высокая врожденная кишечная непроходимость. Виды, аспекты клиники, диагностики, методы дифференциальной диагностики, способы и этапы хирургического лечения
4. Низкая врожденная кишечная непроходимость. Виды, клинические варианты, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (оперативное и консервативное)
5. Пилоростеноз. Эмбриологический субстрат, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, предоперационная подготовка и хирургическая коррекция

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИССЛЕДОВАНИЕ С Ва НА ПРОТЯЖЕНИИ ПРОВОДИТСЯ

- А) бариевой взвесью*
- Б) иодидом калия
- В) урогарфином
- Г) омнипаком

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДПК

- А) баллонная дилатация
- Б) бужирование
- В) кардиотомия
- Г) наложение антевазального анастомоза конец в конец*
- Д) резекция сосуда

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОСТЕНОЗА ЭТО

- А) пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту*
- Б) операция фундопликации
- В) операция Танера
- Г) спленоренальный анастомоз
- Д) пилоротомия по Микуличу

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

- А) множественные уровни жидкости
- Б) два газовых пузыря*
- В) повышенное газонаполнение кишечника
- Г) немой живот

5. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОТАЦИИ ДЛИТЬСЯ

- А) 1-2 неделю
- Б) 5-10 неделю
- В) 10-12 недель*
- Г) до рождения ребенка

6. СИНДРОМ ЛЕДДА ВКЛЮЧАЕТ

- А) высокую непроходимость*
- Б) высокое положение слепой кишки*
- В) заворот средней кишки*
- Г) отсутствие стула с 3 недельного возраста

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
- Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
- Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 3.5. Врожденная патология передней брюшной стенки у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний о заболеваниях связанных с нарушениями формирования передней брюшной стенки.

Задачи: - рассмотреть классификацию грыж живота, анатомию и топографию передней брюшной стенки, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.

- обучить диагностике и лечению различных видов грыж передней брюшной стенки, омфалоцеле, гастрошизис.

- изучить клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, омфалоцеле, гастрошизис.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка; Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение. Написать учебную историю болезни. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику патологии, определять сроки и показания к оперативному лечению больных.

Обучающийся должен владеть: навыками диагностики, принципами определения показаний к адекватному лечению больных.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на плановый прием обратился больной И. пяти лет с жалобами на наличие образования в правой паховой области. Образование возникло впервые месяц назад, ранее образование не выявлялось. На момент осмотра: кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет, ЧД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту. Мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальная симптоматика отрицательная. Стул, диурез в норме.

В правой паховой области пальпируется овоидное эластическое образование, безболезненное, смещаемое, не спаянное с подлежащими тканями, легко, с урчанием вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

Контрольные вопросы

11. *Поставить диагноз. Определить врачебную тактику.*

12. *Этиология и патогенез заболевания?*

13. *Классификация? Дифференциальная диагностика?*

14. *Дополнительные методы диагностики?*

15. *Лечение? Диспансеризация?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

27) Определение понятия «грыжа живота». Классификация грыж живота. Предрасполагающие и производящие факторы в образовании грыж.

28) Анатомия и топография паховой области

29) Значение нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины в образовании паховых грыж

30) Клиника, диагностика, диф. диагностика паховых грыж

31) Сроки и принципы оперативного лечения. Грыжесечение по Дюамелю

32) Невправимая и ущемленная паховые грыжи. Клиника, диагностика, тактика, показания к консервативному и оперативному лечению

33) Водянка оболочек яичка. Классификация, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Операции Бергмана и Росса.

34) Киста семенного канатика. Диагностика, лечение

35) Эмбриогенез яичка. Аномалии развития и опускания яичка. Патогенез. Классификация.

36) Клиника, диагностика и диф. диагностика крипторхизма.

37) Показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки и способы низведения и фиксации яичка.

38) Варикоцеле. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика

39) Показания и способы лечения варикоцеле. Операция Иванисевича.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*

2) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов

3) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки

4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах

5) накопление жидкости в полости мошонки, увеличение яичка, болезненность яичка

2. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона

4) оперативное лечение в плановом порядке*

5) назначение гормональных препаратов

4. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

1) повышенным внутрибрюшным давлением

2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка*

5) инфекцией мочевыводящих путей

5. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

1) апоневроза наружной косой мышцы живота;

2) подвздошно-гребешковой связки*

3) пупартовой связки

4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц

5) поперечной фасции

6. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

1) при кисте семенного канатика;

2) при перекруте яичка;

3) при орхоэпидидимите;

4) при напряженной водянке оболочек яичка*

5) при идиопатическом отеке мошонки

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

1) обработки вагинального отростка

2) полной скелетизации сосудов яичка*

3) выделения яичка единым блоком

4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

2. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика

5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

8. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

1) эндovasкулярная окклюзия

2) операция Иванисевича

3) операция Паломо

4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*

5) тщательное урологическое обследование

9. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ:

1) наблюдение в динамике

2) консервативная терапия

3) склеротерапия

4) операция Иванисевича*

5) операция Винкельмана

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Теме 3.6. Некротический энтероколит у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний пороков развития и заболеваний толстой кишки

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития толстой кишки

- обучить диагностике, принципам и способам оперативного лечения детей с энтероколитом, пороков развития толстой кишки

- изучить аноректальные пороки, болезнь Пайра, долихосигму, хронические запоры у детей, парапроктит у детей, принципы оперативного лечения больных.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития и заболеваний толстой кишки

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения пороков и заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёношкина и Мельбурнская, характеристика. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с заболеваниями толстой кишки. Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение. Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение. Параректум у детей. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Новорожденный мальчик поступил в детское хирургическое отделение стационара на 4-й день после рождения в крайне тяжёлом состоянии с выраженными явлениями интоксикации и эксикоза.

Родился доношенным, в срок, беременность протекала без осложнений, масса тела при рождении 3000 г. В течение 3-х дней находился в родильном отделении ЦРБ. Только к концу 3-го дня жизни ребёнка персоналом было обращено внимание на отсутствие мекония. При осмотре промежности обнаружено отсутствие анального отверстия.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Этиология, патогенез, классификация?*
3. *Диагностические ошибки? Дифференциальный диагноз?*
4. *Составить план обследования.*
5. *Определить тактику лечения?*

Мальчик родился в срок, с массой 3100 г. Поведение ребенка в первые сутки обычное. Однако при пальпации живота педиатр обнаружил эластичный конгломерат, располагающийся в околопупочной области. Начиная со 2-х суток у ребёнка прогрессировала рвота после ночного кормления. На 3-й день жизни выделилось значительное количество дегтевидного мекония, после чего образование в животе перестало пальпироваться, но рвота после каждого кормления не прекращалась. На 4-й день жизни ребёнок был доставлен в отделение детской хирургии для обследования.

При поступлении состояние тяжёлое, ребенок ослаблен, обезвожен, масса 2700 г. Живот мягкий, при пальпации патологическое образование не пальпируется. При обзорной R-графии органов брюшной полости обнаружено: резко растянутые желудок и двенадцатиперстная кишка (синдром двух горизонтальных уровней), при контрастной ирригографии выявлено, что слепая кишка располагается в области правого подреберья.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Этиология и патогенез?*
4. *Составить план обследования.*
5. *Определить тактику лечения? Виды показанного лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 8) Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика
- 9) Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения
- 10) Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)
- 11) Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
- 12) Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- 13) Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация
- 14) Парапроктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
- 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- 3) копчиковая киста
- 4) воронкообразное кожное втяжение
- 5) все перечисленное

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография *
- 4) ректороманоскопия, колоноскопия
- 5) весь перечисленный комплекс исследований

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) на животе *
- 2) на спине
- 3) на левом боку
- 4) на правом боку
- 5) любое из перечисленных

4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
- 3) при обострении процесса
- 4) после 5-6 лет
- 5) в любые сроки

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгеноконтрастный
- 2) ректороманоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) пальцевое ректальное исследование *
- 5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *
- Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ

ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года *
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года *
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

- 1) 3 часа после рождения
- 2) 6 часов после рождения
- 3) 16 часов после рождения *
- 4) 24 часа после рождения
- 5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) ректостевибулярный свищ *
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректовезикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография по Вангенстину
- 2) контрастное исследование кишки через свищ
- 3) исследование свища зондом *
- 4) электромиография промежности
- 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

- 1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *
- 2) гипертрофия мышечного слоя кишки
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую *
- 2) подострую
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ирригографию
- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
- 3) дачу бариевой смеси через рот
- 4) колоноскопию
- 5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
- 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

- 4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
- 5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *
16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) 3 месяца
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 9 месяцев
 - 4) 12 месяцев *
 - 5) 3 года и старше
17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:
- 1) острую
 - 2) подострую *
 - 3) хроническую
 - 4) ректальную
 - 5) ректосигмоидальную
18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:
- 1) в 1,5 года
 - 2) в 3 года
 - 3) в 6 лет
 - 4) в 10 лет
 - 5) по установлении диагноза *
19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- 1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм
 - 2) радикальное оперативное вмешательство
 - 3) пристеночную цекостомию
 - 4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки
 - 5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *
20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) до 6 месяцев *
 - 2) после 1 года
 - 3) после 3 лет
 - 4) после 6 лет
 - 5) после перенесенной кишечной инфекции
21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) операция Дюамеля
 - 2) операция Свенсона
 - 3) операция Соаве *
 - 4) колостома
 - 5) илеостома
22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:
- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
 - 2) ирригография с воздухом
 - 3) ирригография с бариевой взвесью *
 - 4) дача бариевой взвеси через рот
 - 5) колоноскопия
23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:
- 1) болезнь Гиршпрунга *
 - 2) долихосигма

- 3) хронический колит
 4) неспецифический язвенный колит
 5) болезнь Крона
24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) консервативную терапию, сифонные клизмы
 2) срочное радикальное оперативное вмешательство
 3) срочную колостомию
 4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *
 5) колостомию в удовлетворительном состоянии
25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:
- 1) опухоль толстой кишки
 2) удвоение кишечника
 3) лимфангиома брюшной полости
 4) каловый камень *
 5) холодный аппендикулярный инфильтрат
26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) разрез мягких тканей и дренирование *
 2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
 3) антибактериальная терапия
 4) физиотерапевтические методы лечения
 5) повязка с мазью Вишневского
27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:
- 1) 3 месяца
 2) 6 месяцев *
 3) 8 месяцев
 4) 1,5 года
 5) после 3 лет
28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) инфекционная
 2) ферментативная
 3) алиментарная
 4) аллергическая
 5) аутоиммунная *
29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:
- 1) острая
 2) первично-хроническая
 3) хроническая
 4) скоротечная
 5) подострая *
30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:
- 1) об острой форме неспецифического язвенного колита
 2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
 3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
 4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
 5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита
31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ

ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бактериологическое
- 2) рентгенологическое
- 3) эндоскопическое *
- 4) пальцевое ректальное
- 5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

- 1) колита
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) неспецифического язвенного колита *
- 4) болезни Крона
- 5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома *
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны *
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

- 1) ревизия и санация брюшной полости
- 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
- 4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *
- 5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, цекостома

- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
 - 5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *
39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) рентгенологический
 - 2) эндоскопический
 - 3) пальцевое ректальное исследование *
 - 4) ангиография
 - 5) пункция образования
40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:
- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
 - 2) дренирование кисты
 - 3) антибактериальная терапия
 - 4) рентгенотерапия
 - 5) наблюдение
41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) 6-8 месяцев *
 - 2) 1 год
 - 3) 2 года
 - 4) 3 года
 - 5) в зависимости от роста и размеров образования
42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ректальное исследование
 - 2) эндоскопия *
 - 3) биопсия
 - 4) ангиография
 - 5) ирригография
43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- 1) осмотр прямой кишки в зеркалах
 - 2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *
 - 3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
 - 4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
 - 5) криодеструкцию полипа
44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) лейкоз
 - 2) трещина заднего прохода *
 - 3) язвенный колит
 - 4) полип прямой кишки
 - 5) гемофилия
45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
- 1) первая *
 - 2) вторая
 - 3) третья
 - 4) четвертая
 - 5) пятая
46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
- 1) первая
 - 2) вторая *
 - 3) третья

4) четвертая

5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая

3) третья *

4) четвертая

5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

1) компенсированную

2) субкомпенсированную

3) декомпенсированную *

4) II степень

5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) пальцевое исследование прямой кишки *

3) ирригография с воздухом

4) лапароскопия

5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

-Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 3.7. Аноректальные пороки развития у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний аноректальных пороков развития

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез, виды, классификацию аноректальных пороков

- обучить диагностике, принципам и способам оперативного лечения пороков развития толстой кишки

- изучить аноректальные пороки, принципы оперативного лечения больных.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: эмбриогенез, виды, классификацию аноректальных пороков развития

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения пороков и заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных .

2.Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Новорожденный мальчик поступил в детское хирургическое отделение стационара на 4-й день после рождения в крайне тяжёлом состоянии с выраженными явлениями интоксикации и эксикоза.

Родился доношенным, в срок, беременность протекала без осложнений, масса тела при рождении 3000 г. В течение 3-х дней находился в родильном отделении ЦРБ. Только к концу 3-го дня жизни ребёнка персоналом было обращено внимание на отсутствие мекония. При осмотре промежности обнаружено отсутствие анального отверстия.

Контрольные вопросы

6. *Ваш предположительный диагноз?*
7. *Этиология, патогенез, классификация?*
8. *Диагностические ошибки? Дифференциальный диагноз?*
9. *Составить план обследования.*
10. *Определить тактику лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика
- Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения
- Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)
- Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
- Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация
- Парaproктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
- 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- 3) копчиковая киста
- 4) воронкообразное кожное втяжение
- 5) все перечисленное

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография *
- 4) ректороманоскопия, колоноскопия
- 5) весь перечисленный комплекс исследований

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) на животе *

- 2) на спине
 - 3) на левом боку
 - 4) на правом боку
 - 5) любое из перечисленных
4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:
- 1) по установлении диагноза
 - 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
 - 3) при обострении процесса
 - 4) после 5-6 лет
 - 5) в любые сроки
5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) рентгеноконтрастный
 - 2) ректороманоскопия
 - 3) колоноскопия
 - 4) пальцевое ректальное исследование *
 - 5) все перечисленное
6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;
 - Б) консервативная терапия, бужирование;
 - В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *
 - Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
 - Д) любой из перечисленных вариантов.
7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:
- 1) по установлении диагноза
 - 2) в 1,5 года *
 - 3) в 3-4 года
 - 4) в 7 лет
 - 5) в более старшем возрасте
8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:
- 1) по установлении диагноза
 - 2) в 1,5 года *
 - 3) в 3-4 года
 - 4) в 7 лет
 - 5) в более старшем возрасте
9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:
- 1) 3 часа после рождения
 - 2) 6 часов после рождения
 - 3) 16 часов после рождения *
 - 4) 24 часа после рождения
 - 5) 32 часа после рождения
10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:
- 1) ректовестибулярный свищ *
 - 2) ректовагинальный свищ
 - 3) ректоуретральный свищ
 - 4) ректовезикальный свищ
 - 5) ректопромежностный свищ
11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) рентгенография по Вангенстину
 - 2) контрастное исследование кишки через свищ
 - 3) исследование свища зондом *
 - 4) электромиография промежности
 - 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

- 1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *
- 2) гипертрофия мышечного слоя кишки
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую *
- 2) подострую
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ирригографию
- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
- 3) дачу бариевой смеси через рот
- 4) колоноскопию
- 5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
- 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку
- 4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
- 5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *
- 5) 3 года и старше

17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую
- 2) подострую *
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) в 1,5 года
- 2) в 3 года
- 3) в 6 лет
- 4) в 10 лет
- 5) по установлению диагноза *

19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- 1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм
- 2) радикальное оперативное вмешательство
- 3) пристеночную цекостомию
- 4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки
- 5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) до 6 месяцев *
- 2) после 1 года
- 3) после 3 лет
- 4) после 6 лет
- 5) после перенесенной кишечной инфекции

21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) операция Дюамеля
- 2) операция Свенсона
- 3) операция Соаве *
- 4) колостома
- 5) илеостома

22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) ирригография с воздухом
- 3) ирригография с бариевой взвесью *
- 4) дача бариевой взвеси через рот
- 5) колоноскопия

23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

- 1) болезнь Гиршпрунга *
- 2) долихосигма
- 3) хронический колит
- 4) неспецифический язвенный колит
- 5) болезнь Крона

24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) консервативную терапию, сифонные клизмы
- 2) срочное радикальное оперативное вмешательство
- 3) срочную колостомию
- 4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *
- 5) колостомию в удовлетворительном состоянии

25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

- 1) опухоль толстой кишки
- 2) удвоение кишечника
- 3) лимфангиома брюшной полости
- 4) каловый камень *
- 5) холодный аппендикулярный инфильтрат

26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) разрез мягких тканей и дренирование *
- 2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
- 3) антибактериальная терапия
- 4) физиотерапевтические методы лечения
- 5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев *
- 3) 8 месяцев
- 4) 1,5 года
- 5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО

КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инфекционная
- 2) ферментативная
- 3) алиментарная
- 4) аллергическая
- 5) аутоиммунная *

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) острая
- 2) первично-хроническая
- 3) хроническая
- 4) скоротечная
- 5) подострая *

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) об острой форме неспецифического язвенного колита
- 2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
- 3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
- 4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
- 5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бактериологическое
- 2) рентгенологическое
- 3) эндоскопическое *
- 4) пальцевое ректальное
- 5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

- 1) колита
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) неспецифического язвенного колита *
- 4) болезни Крона
- 5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессирующее ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
 - 2) ревизия и санация раны, цекостома
 - 3) ревизия и санация раны, сигмостома *
 - 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
 - 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома
36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ревизия и санация раны *
 - 2) ревизия и санация раны, цекостома
 - 3) ревизия и санация раны, сигмостома
 - 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
 - 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома
37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:
- 1) ревизия и санация брюшной полости
 - 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
 - 3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
 - 4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *
 - 5) ревизия раны, наблюдение
38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:
- 1) ревизия и санация раны
 - 2) ревизия и санация раны, сигмостома
 - 3) ревизия и санация раны, цекостома
 - 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полсти
 - 5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *
39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) рентгенологический
 - 2) эндоскопический
 - 3) пальцевое ректальное исследование *
 - 4) ангиография
 - 5) пункция образования
40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:
- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
 - 2) дренирование кисты
 - 3) антибактериальная терапия
 - 4) рентгенотерапия
 - 5) наблюдение
41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) 6-8 месяцев *
 - 2) 1 год
 - 3) 2 года
 - 4) 3 года
 - 5) в зависимости от роста и размеров образования
42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ректальное исследование
 - 2) эндоскопия *
 - 3) биопсия
 - 4) ангиография
 - 5) ирригография
43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- 1) осмотр прямой кишки в зеркалах
- 2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *
- 3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
- 4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
- 5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) лейкоз
- 2) трещина заднего прохода *
- 3) язвенный колит
- 4) полип прямой кишки
- 5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) первая *
- 2) вторая
- 3) третья
- 4) четвертая
- 5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) первая
- 2) вторая *
- 3) третья
- 4) четвертая
- 5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1) первая
- 2) вторая
- 3) третья *
- 4) четвертая
- 5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

- 1) компенсированную
- 2) субкомпенсированную
- 3) декомпенсированную *
- 4) II степень
- 5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) пальцевое исследование прямой кишки *
- 3) ирригография с воздухом
- 4) лапароскопия
- 5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
- Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. М.: «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

-Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей.

Тема 4.1. Острый гематогенный остеомиелит у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний гематогенного остеомиелита у детей.

Задачи: - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза, клинику острого гематогенного остеомиелита;

- обучить диагностике заболевания и методам лечения ;

-изучить атипичные формы остеомиелита и методы их диагностики и лечения;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения и реабилитации больных остеомиелитом. Анатомо-физиологические особенности детского организма, принципы гнойной хирургии.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать, диагностировать различные формы патологии.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита, навыками измерения внутрикостного давления.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита. Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Атипичные формы остеомиелита. Клиника, диагностика и лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К., 13 лет. Вечером 9 декабря впервые были отмечены боли в правой нижней конечности и подъем температуры до 37,6° С. Была вызвана карета скорой помощи, приехавший фельдшер диагностировал ОРВИ, был назначен арбидол, ибупрофен, ребенок оставлен на месте. 10 декабря с вышеозначенной клиникой (+ появилась припухлость, отечность мягких тканей в области верхней трети правой бедренной кости, правой подвздошной кости) родители обратились с ребенком к участковому педиатру, для исключения «травмы правого бедра» мальчик был направлен в травм пункт, где была выполнена рентгенография правого бедра и таза (патологии не выявлено), сделан общий анализ крови (лейкоциты 12,0 x 10⁹/л, палочкоядерные 7%, СОЭ 27), мальчик получил консультацию педиатра и невролога (исключен острый вялый паралич, диагноз – «люмбаго, ишиас»), ребенок отправлен домой для амбулаторного лечения неврологической патологии. Но заболевание прогрессировало, появился влажный кашель, t до 39⁰, мелкопузырчатые хрипы над обоими легкими, и ребенок 12 декабря в тяжелом состоянии был доставлен по экстренности в приемный покой детского хирургического стационара.

Контрольные вопросы

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез заболевания?

3) Классификация?

4) Допущенные диагностические ошибки?

5) Принципы лечения? Осложнения, исходы?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита
- 2) Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы
- 3) Диагностика и дифференциальная диагностика
- 4) Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Исходы
- 5) Эпифизарный остеомиелит у детей младшего возраста (клиника, диагностика, лечение)
- 6) Хронический вторичный гематогенный остеомиелит. Осложнения.
- 7) Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1-2 минут *
- 2) 10-15 минут
- 3) 20-25 минут
- 4) 30-40 минут
- 5) 60 минут

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 1) измерение внутрикостного давления
- 2) дополнительную остеоперфорацию *
- 3) ушивание раны
- 4) промывание костномозгового канала
- 5) дренирование раны

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 1) дополнительную остеоперфорацию
- 2) измерение внутрикостного давления *
- 3) ушивание раны
- 4) промывание костномозгового канала
- 5) дренирование раны

4. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному *
- 4) к хроническому
- 5) к септикопиемическому

5. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному *
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому
- 5) к септикопиемическому

6. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому *
- 5) к септикопиемическому

7. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному *
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому
- 5) к септикопиемическому

8. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 1 месяца
- 2) до 2-3 месяцев *
- 3) до 4-8 месяцев
- 4) до 8-10 месяцев
- 5) до 1 года

9. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 1) срочная остеоперфорация
- 2) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
- 3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
- 4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
- 5) внутрикостное введение антибиотиков

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диагностическая пункция мягких тканей
- 2) остеофлебография
- 3) электрорентгенография
- 4) измерение внутрикостного давления
- 5) бактериоскопия мазка *

11. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 1) срочная операция
- 2) плановая операция *
- 3) диагностическая пункция
- 4) наблюдение
- 5) антибиотикотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 4.2.: Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (семинарское занятие)

Цель: приобретение ординаторами знаний диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.

Задачи: - рассмотреть следующие заболевания - фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить методы диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит,

панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение ...

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

На пятые сутки жизни перед выпиской из роддома отмечено значительное ухудшение в состоянии ребёнка, стали выражены явления интоксикации, температура тела – 38,8° С. На осмотр реагирует вялым беспокойством, крик слабый. Кожные покровы с сероватым оттенком, на коже нижней поверхности живота с переходом на промежность, бёдра, поясничную область отмечается зона яркой гиперемии. Кожа на ощупь горячая, деревянистой плотности, пальпация поражённых кожных покровов резко болезненна. Ребёнок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка во время осмотра 3800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – 6,3 x 10⁹/л, палочкоядерные - 32%, сегментоядерные - 51%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 21%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Дополнительные методы диагностики?*
4. *Лечебная тактика?*
5. *Посиндромная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Функции хирурга детской поликлиники. Оснащение хирургического кабинета
- 2) Асептика и антисептика
- 3) Обезболивание. Деонтология в детской хирургии
- 4) Важнейшие врачебные манипуляции. Принципы разъединения и соединения тканей
- 5) Пункции суставов и полостей. Остановка кровотечений
- 6) Футлярная блокада по Вишневскому. Катетеризация мочевого пузыря
- 7) Эндоскопия в поликлинике, элементы реанимации
- 8) Гипсовая техника. Прием и оказание первой врачебной помощи
- 9) Фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение
- 10) Рожистое воспаление. Клиника, формы, диагностика, лечение
- 11) Абсцессы, банальные флегмоны подкожно-жировой клетчатки
- 12) Гнойно-некротическая флегмона новорожденных
- 13) Мастит новорожденных. Клиника, диагностика, лечение
- 14) Парапроктит. Этиология, клиника. Диагностика. лечение
- 15) Панариции. Классификация, виды, клиника, диагностика, виды лечения

- 16) Лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение
 - 17) Баланопостит. Клиника, диагностика, лечение
 - 18) Омфалит. Формы. Клиника, диагностика, лечение
 - 19) Гнойная рана. Принципы послеоперационного ведения
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) недостатком IgA
- 2) недостатком IgM
- 3) недостатком IgG*
- 4) незавершенным фагоцитозом
- 5) низкой кислотностью желудочного сока

2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО

- 1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
- 2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
- 3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
- 4) воспаление нескольких потовых желез
- 5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер*

3. КАКОЙ ГРУППЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) цефалоспорины I поколения
- 2) цефалоспорины II поколения
- 3) цефалоспорины III поколения*
- 4) пенициллины
- 5) ингибитор-защищенные пенициллины

4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

- 1) консервативной терапии*
- 2) хирургического вмешательства
- 3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)
- 4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией
- 5) данная форма не требует стационарного лечения

5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врожденный порок развития урахуса
- 2) врожденный порок развития желточного протока
- 3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану*
- 4) гематогенное поражение пупочного остатка
- 5) лимфогенное поражение пупочного остатка

6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) не требуется
- 2) вскрытие по центру флюктуации
- 3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей*
- 4) разрезы и дренирование выпускниками
- 5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ

- 1) таблетированные
- 2) мазевые
- 3) парентеральные
- 4) свечи
- 5) гелевые*

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 4.3. Сепсис у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний гнойной инфекции у новорождённых.

Задачи: - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза, клиники гнойных заболеваний у новорождённых;

- обучить методам диагностики и лечения септических состояний у детей

- изучить анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей, клинику, диагностику, методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний. и реабилитации больных остеомиелитом.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно - воспалительных заболеваний. Особенности иммунной системы у детей. Омфалит и пупочный сепсис. Некротическая флегмона новорожденных. Некротический энтероколит.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

На пятые сутки жизни перед выпиской из роддома отмечено значительное ухудшение в состоянии ребёнка, стали выражены явления интоксикации, температура тела – 38,8° С. На осмотр реагирует вялым беспокойством, крик слабый. Кожные покровы с сероватым оттенком, на коже нижней поверхности живота с переходом на промежность, бёдра, поясничную область отмечается зона яркой гиперемии. Кожа на ощупь горячая, деревянистой плотности, пальпация поражённых кожных покровов резко болезненна. Ребёнок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка во время осмотра 3800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – 6,3 x 10⁹/л, палочкоядерные - 32%, сегментоядерные - 51%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 21%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час.

Контрольные вопросы

6. *Поставить диагноз.*

7. *Дифференциальный диагноз?*

8. *Дополнительные методы диагностики?*

9. *Лечебная тактика?*

10. *Посиндромная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита
2. Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы
3. Диагностика и дифференциальная диагностика
4. Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Исходы
5. Эпифизарный остеомиелит у детей младшего возраста (клиника, диагностика, лечение)
6. Хронический вторичный гематогенный остеомиелит. Осложнения.
7. Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма). Клиника, диагностика, лечение
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 6) 1-2 минут *
- 7) 10-15 минут
- 8) 20-25 минут
- 9) 30-40 минут
- 10) 60 минут

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 6) измерение внутрикостного давления
- 7) дополнительную остеоперфорацию *
- 8) ушивание раны
- 9) промывание костномозгового канала
- 10) дренирование раны

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 6) дополнительную остеоперфорацию
- 7) измерение внутрикостного давления *
- 8) ушивание раны
- 9) промывание костномозгового канала
- 10) дренирование раны

4. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТРА ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 6) к обрывному
- 7) к затяжному
- 8) к молниеносному *
- 9) к хроническому
- 10) к септикопиемическому

5. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 6) к обрывному *
- 7) к затяжному
- 8) к молниеносному
- 9) к хроническому
- 10) к септикопиемическому

6. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 6) к обрывному
- 7) к затяжному
- 8) к молниеносному
- 9) к хроническому *
- 10) к септикопиемическому

7. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В

ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 6) к обрывному
- 7) к затяжному *
- 8) к молниеносному
- 9) к хроническому
- 10) к септикопиемическому

8. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 6) до 1 месяца
- 7) до 2-3 месяцев *
- 8) до 4-8 месяцев
- 9) до 8-10 месяцев
- 10) до 1 года

9. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 6) срочная остеоперфорация
- 7) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
- 8) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
- 9) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
- 10) внутрикостное введение антибиотиков

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 6) диагностическая пункция мягких тканей
- 7) остеофлебография
- 8) электрорентгенография
- 9) измерение внутрикостного давления
- 10) бактериоскопия мазка *

11. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 6) срочная операция
- 7) плановая операция *
- 8) диагностическая пункция
- 9) наблюдение
- 10) антибиотикотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.
- М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 4.4. Бактериальные деструкции легких у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний бактериальной деструкции лёгких.

Задачи: - рассмотреть этиологию и патогенез, клинику заболеваний лёгких у детей;

- обучить методам диагностики и лечения различных форм патологии;

- изучить со студентами классификацию БДЛ, вопросы интенсивной терапии и оперативного лечения бактериальных деструкций у детей;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей, клинику, диагностику, методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний лёгких у детей и вопросы реабилитации больных .

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний лёгких у детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно - воспалительных заболеваний. Особенности иммунной системы у детей. Этиология и патогенез бактериальных деструкций лёгких. Особенности клиники и диагностики различных форм патологии. Интенсивная терапия и оперативное лечение детей с БДЛ.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок родился от I беременности, протекавшей с токсикозом, в срок, массой 2600 г. Выписан домой на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с хорошей прибавкой в весе. Пупочная ранка мокла. В возрасте 3 недель мать ребёнка лечилась по поводу гнойного мастита, ребенок кормился грудным молоком. Заболел остро в I мес. Появились катаральные явления: кашель, беспокойство, температура до 38,5° С. На фоне амбулаторного лечения ампициллином состояние ребёнка ухудшалось, и на 6 день заболевания ребёнок был госпитализирован. При осмотре состояние тяжелое, периодически беспокоится, сосет вяло, срыгивает. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Одышка до 80 в минуту. Влажный кашель. Притупление при перкуссии справа в верхних отделах, в нижних – лёгочный звук, слева – легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно справа, в верхних отделах, дыхание не проводится, в нижних – жёсткое, слева – дыхание жёсткое с влажными хрипами. Сердечные тоны глухие, до 180 в минуту. Границы сердца несколько смещены влево. Живот мягкий, вздут, печень + 4 см., стул частый, жидкий с зеленью и слизью. Вес ребёнка 2800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – 15×10^6 , палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 36%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 43%, моноциты - 5 %, СОЭ - 26 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Классификация?*
4. *Дополнительные методы диагностики?*
5. *Показанное лечение? Интенсивная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля

- 1) Этиология заболевания
- 2) Патогенез заболевания
- 3) Классификация заболевания
- 4) Абсцедирование без плевральных осложнений. Клиника, диагностика, лечение
- 5) Буллы. Клиника, диагностика, лечение
- 6) Плащевидный гнойный плеврит. Клиника, диагностика, лечение

- 7) Тотальный пиоторакс. Клиника, диагностика, лечение
 - 8) Фибринозный тотальный плеврит. Клиника, диагностика, лечение
 - 9) Пиопневмоторакс. Клиника, диагностика, лечение
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

- 1) артерии нижней доли
- 2) бронха нижней доли
- 3) разделения нижней легочной связки *
- 4) нижней легочной вены
- 5) основного ствола легочной артерии

2. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:

- 1) кровотечение
- 2) массивные продувания воздуха
- 3) сердечно-легочная недостаточность
- 4) обтурационные осложнения *
- 5) несостоятельность швов

3. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) абсцесс легкого
- 2) пневмоторакс
- 3) буллезная форма бактериальной деструкции легких *
- 4) пиоторакс
- 5) пиопневмоторакс

4. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:

- 1) пиопневмоторакс
- 2) буллезная форма бактериальной деструкции легких
- 3) абсцесс легкого *
- 4) пиоторакс
- 5) медиастинальная эмфизема

5. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

- 1) с абсцессом легкого
- 2) с тотальной эмпиемой плевры
- 3) с осумкованным плевритом
- 4) с плащевидным плевритом *
- 5) с буллезной формой бактериальной деструкции легких

6. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) тотальная эмпиема плевры
- 2) буллезная форма бактериальной деструкции легких
- 3) фибринозный пиоторакс *
- 4) плащевидный плеврит
- 5) пиопневмоторакс

7. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) тотальная эмпиема плевры
- 2) ателектаз легкого *
- 3) напряженная тотальная эмпиема
- 4) плащевидный плеврит
- 5) абсцесс легкого

8. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- 1) смещение средостения

- 2) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов
- 3) деформация одного или обоих куполов диафрагмы
- 4) непостоянность Rg данных при повторных полипозиционных исследованиях *
- 5) признаки гиповентиляции легких

9. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) пневмоторакс
- 2) гидропневмоторакс
- 3) напряженный гидропневмоторакс *
- 4) тотальная эмпиема плевры
- 5) абсцесс легкого

10. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) напряженный гидропневмоторакс
- 2) напряженный пневмоторакс *
- 3) гигантский кортикальный абсцесс
- 4) тотальная эмпиема плевры
- 5) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких

11. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является :

- 1) пункция абсцесса
- 2) радикальная операция
- 3) бронхоскопическая санация *
- 4) дренирование плевральной полости
- 5) катетеризация бронха

12. При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

- 1) пункция буллы
- 2) интенсивная терапия без вмешательства в очаг *
- 3) дренирование буллы
- 4) бронхоскопический дренаж
- 5) плевральная пункция

13. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Больному необходимо выполнить:

- 1) бронхоскопический дренаж
- 2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- 3) пункцию буллы *
- 4) дренирование буллы
- 5) катетеризацию бронха

14. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- 1) оперативное лечение *
- 2) консервативное лечение
- 3) длительную бронхоскопическую санацию
- 4) оперативное лечение временно не показано
- 5) санаторное лечение

15. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- 1) резекция нижней доли
- 2) торакоцентез
- 3) экстирпация бронхов нижней доли
- 4) бронхоскопическая санация
- 5) консервативное лечение *

16. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Больному следует рекомендовать:

- 1) диспансерное наблюдение
- 2) оперативное лечение
- 3) бронхоскопическое лечение *
- 4) санаторное лечение

5) консервативную терапию

17. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- 1) оперативное лечение показано
- 2) оперативное лечение временно противопоказано *
- 3) оперативное лечение не показано
- 4) оперативное лечение противопоказано
- 5) санаторное лечение

18. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- 1) 3-5 дней
- 2) 6-10 дней
- 3) 11-15 дней
- 4) 16-20 дней
- 5) после 20 дней *

19. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- 1) 3-5 дней
- 2) 6-10 дней
- 3) 11-15 дней *
- 4) 16-20 дней
- 5) после 20 дней

20. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является :

- 1) улучшение общего состояния больного
- 2) купирование восходящего бронхита *
- 3) уменьшение гнойного отделяемого
- 4) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания
- 5) уменьшение количества хрипов

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Раздел 5. Урология-андрология детского возраста.

Тема 5.1. Крипторхизм, эктопия яичка, варикоцеле у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний крипторхизма, варикоцеле у детей, изучение актуальных вопросов патологии.

Задачи: - рассмотреть аномалии развития и опускания яичка, клинику, диагностику, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Курация и разбор больных. Написание учебной истории болезни.

- обучить диагностике и видам лечения, навыкам диагностики патологии,

- изучить принципы и методы лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: аномалии развития и опускания яичка, клинику, диагностику, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Анатомо-физиологические особенности детского организма; все медицинские аспекты патологии

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение, написать учебную историю болезни

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения заболеваний, навыками дифференциальной патологии, навыками определения показаний и противопоказаний к лечению, сроков и методов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания

яичка. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение, показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной Т., 12 лет, 10 марта пожаловался на боли в правой половине мошонки. Факт травмы отрицает. Боли постоянные, интенсивные, иррадиирующие в брюшную полость. 11 марта появился отёк и гиперемия тканей правой половины мошонки, увеличение мошонки в объёме, выраженный болевой синдром. За медицинской помощью обратился с родителями только 12 марта.

При осмотре: правая половина мошонки увеличена в объёме. Ткани её отёчны, гиперемированы. Яичко плотное, болезненное, увеличено в размерах, пальпируется у входа в мошонку.

Контрольные вопросы

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез?

3) Классификация?

4) Методы диагностики?

5) Социальная значимость проблемы? Лечение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1) Эмбриогенез яичка. Аномалии развития и опускания яичка. Патогенез. Классификация.

2) Клиника, диагностика и диф. диагностика крипторхизма.

3) Показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки и способы низведения и фиксации яичка.

4) Варикоцеле. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика

5) Показания и способы лечения варикоцеле. Операция Иванисевича.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

1) обработки вагинального отростка

2) полной скелетизации сосудов яичка*

3) выделения яичка единым блоком

4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

2. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика

5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

3. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

1) эндovasкулярная

окклюзия

- 2) операция Иванисевича
- 3) операция Паломо
- 4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*
- 5) тщательное урологическое обследование

4. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ П-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ:

- 1)наблюдениевдинамике
- 2) консервативная терапия
- 3) склеротерапия
- 4) операция Иванисевича*
- 5) операция Винкельмана

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

- Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Учебное пособие / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: « Старая Вятка», 2015г. – 140 с.

Тема 5.2. Синдром «острой мошонки» у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний острых воспалительных заболеваний органов мошонки

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику и лечение орхита, орхоэпидидимита, перекрута гидатиды, заворота яичка и семенного канатика, травму органов мошонки

- изучить этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение орхита, орхоэпидидимита, перекрута гидатиды, заворота яичка и семенного канатика, травму органов мошонки

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: заболевания – клинику, диагностику и лечение орхита, орхоэпидидимита, перекрута гидатиды, заворота яичка и семенного канатика, травму органов мошонки

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Клиника диагностика и лечение орхита, орхоэпидидимита, перекрута гидатиды, заворота яичка и семенного канатика, травму органов мошонки

2. **Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на прием обратились родители с больным ребенком. У мальчика 10-ти лет резко затруднено мочеиспускание, выраженная интоксикация, лихорадка, в анализах мочи определяется выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Над лоном выявляется эластичное опухолевидное округлое образование. Пальпация области обеих почек болезненна, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон. Выяснено, что ребенок страдает затруднённым мочеиспусканием с рождения, периодически «беспричинно температурит».

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Методы обследования?*
4. *Анализ диагностических ошибок?*
5. *Профильный стационар? Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Орхиты у детей. Клиника, диагностика, лечение
 - 2) Заворот яичка и семенного канатика у детей. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
 - 3) Травма органов мошонки. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
 - 4) Синдром отечной мошонки. Гнойно-воспалительные заболевания органов мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
- 3) повторные пункции с введением гидрокортизона
- 4) оперативное лечение в плановом порядке*
- 5) назначение гормональных препаратов

2. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) опасностью восходящей инфекции мочевых путей
- 2) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря
- 3) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями в старшем возрасте
- 4) возможностью сведения лонных костей без проведения остеотомии*
- 5) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе

3. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутрибрюшным давлением
- 2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка*
- 5) инфекцией мочевыводящих путей

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

- 1) обработки вагинального отростка
- 2) полной скелетизации сосудов яичка*
- 3) выделения яичка единым блоком
- 4) тоннелизации мошонки
- 5) фиксации яичка к мясистой оболочке

5. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) низведение яичка без натяжения его элементов*
- 2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3) пересечение мышцы, поднимающей яичко
- 4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика
- 5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

6. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

- 1) эндovasкулярная окклюзия
- 2) операция Иванисевича
- 3) операция Паломо
- 4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*
- 5) тщательное урологическое обследование

7. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) консервативная терапия
- 3) склеротерапия
- 4) операция Иванисевича*

5) операция Винкельмана

8. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие кист в паренхиме обеих почек*
- 2) увеличение почек в размерах
- 3) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны
- 4) деформация чашечно-лоханочного комплекса
- 5) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы

9. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек
- 2) нечеткость контура поврежденной почки
- 3) увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока на УЗИ*
- 4) эхо-признаки выпота в брюшной полости
- 5) нечеткость рисунка исследуемой почки

10. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению
- 2) увеличение почки в размерах и кистозные включения
- 3) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы
- 4) деформация чашечно-лоханочной системы*
- 5) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы

11. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

- 1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
- 2) подвздошно-гребешковой связки*
- 3) пупартовой связки
- 4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
- 5) поперечной фасции

12. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

- 1) при кисте семенного канатика;
- 2) при перекруте яичка;
- 3) при орхоэпидидимите;
- 4) при напряженной водянке оболочек яичка*
- 5) при идиопатическом отеке мошонки

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.3. Экстрофия мочевого пузыря. Уролитиаз у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм.

Задачи: - рассмотреть аномалии мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

- обучить применению необходимых современных методов диагностики и лечения заболеваний
- изучить этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение различных форм. Этажи регуляции мочеиспускания. Причины уролитиаза у детей. Клиника, диагностика и лечение различных форм.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз заболевания с помощью современных методов обследования

Обучающийся должен владеть: современными методами лечения заболеваний

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Дивертикул мочевого пузыря. Этиология и патогенез, дифдиагностика и лечение. Экстрофия мочевого пузыря. Классификация и клиника. Диагностика и дифдиагностика, лечение. Гипоспадия. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение. Эписпадия. Клиника, диагностика, лечение. Синдром

врожденной инфравезикальной обструкции у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение. Этажи регуляции мочеиспускания. Уролитиаз у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт сверху.

Контрольные вопросы

1. О каком заболевании можно думать?

2. Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Методы обследования? Диагностическая тактика?

5. Показанное лечение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

2) Обструктивный и диспластический мегауретер. Клиника, диагностика, лечение

3) Мочекаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение

4) Аномалии мочевого протока. Виды, клиника, диагностика, лечение, осложнения

5) Экстрофия мочевого пузыря, клиника, диагностика, лечение

6) Синдром инфравезикальной обструкции. Виды, клиника, диагностика, лечение

7) Гипоспадия. Формы, лечение

8) Эписпадия. Формы, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ АБЕРРАНТНОМ (ДОБАВОЧНОМ) СОСУДЕ, ВЫЗЫВАЮЩЕМ ГИДРОНЕФРОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) перевязка сосудов

2) резекция нижнего полюса

3) транспозиция аберрантного сосуда

4) антевазальный уретеропиелоанастомоз*

5) лоскутная пластика

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию

2) обострение пиелонефрита

3) стеноз сформированного анастомоза*

- 4) камнеобразование
5) нагноение послеоперационной раны
- 3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ**
- 1) операцию Фолея
2) операцию Бонина
3) операцию Андерсона –Хайнса*
4) резекцию добавочного сосуда
5) уретеролизис
- 4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**
- 1) *1-2* *года*
2) 3-5 лет
3) 6-8 лет
4) по установлению диагноза*
5) в пубертатном периоде
- 5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**
- 1) 2-3-и сутки жизни*
2) 1-3 года
3) 4-5 лет
4) 6-8 лет
5) 9-15 лет
- 6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА**
- 1) для удвоения почки
2) для гидронефроза
3) для нефроптоза
4) для разрыва почки*
5) для туберкулеза
- 7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**
- 1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома
2) пиурия, гематурия
3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогах местах, олигурия*
4) перелом костей таза, острая задержка мочи
5) почечная колика
- 8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
- 1) экскреторная урография
2) цистоскопия
3) цистография*
4) катетеризация мочевого пузыря
5) хромоцистоскопия
- 9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
- 1) *гематурия*
2) пиурия
3) острая задержка мочи*
4) дизурия
5) альбуминурия
- 10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН**
- 1) при цистоскопии
2) при антеградной урографии
3) при микционной цистоуретрографии*
4) при урофлоуметрии
5) при цистометрии
- 11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ**
- 1) экстренного оперативного лечения
2) оперативного лечения в плановом порядке
3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
4) наблюдение в динамике
5) гормональное лечение
- Рекомендуемая литература:**

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.4. Аномалии почек у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний нормального и патологического эмбриогенеза, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Написание учебной истории болезни.

Задачи: - рассмотреть нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек.

- обучить знанию нормального и патологического эмбриогенеза, принципам классификации урологических аномалий

- изучить пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек, наиболее часто применяемые методы урологического обследования, различные формы недержания мочи у детей.

Обучающийся должен уметь: применять знания на практике, диагностировать различные формы энуреза.

Обучающийся должен владеть: знаниями диагностики пороков почек, назначать лечение детям с различными формами энуреза

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Нормальный и патологический эмбриогенез органов мочевой системы. Принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины. Клиника, диагностика, лечение. Аномалии количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Клиника, диагностика, лечение

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, изучение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (пальпация, перкуссия и т.д.), курация больных, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя и т.п. Написание учебной истории болезни.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки. Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Методы обследования?

3. Этиология, патогенез заболевания?

4. Классификация заболевания?

5. Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1.Эмбриогенез органов мочевой системы

2.Семиотика пороков развития и заболеваний мочевой системы (боль, изменения в анализах мочи, нарушения мочеиспускания)

3.Методы обследования ребенка: УЗИ, экскреторная урография, цистоуретрография, цистоуретроскопия, радионуклеидное исследование, цистометрия, урофлоуметрия, профилометрия, ангиография почек

4.Недержание мочи. Структура синдрома, этиология, виды, клиника различных форм, диагностика, различные методы лечения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

1) – 3-4 неделя

2) – 6-10 неделя

3) – 7-12 неделя

4) – 3-14 неделя*

5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИ ЭМБРИОГЕНЕЗА

1) – восходят и пронируются*

2)– нисходят и пронируются

3) – восходят и супинируются

4) – нисходят и супинируются

5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация

2) экскреторная урография *

3) ультразвуковое

сканирование

4) радиоизотопнос

исследование

5) ангиоренография

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря

2) гидронефроза

3) пороков уретры и ПМР*

4) удвоения верхних мочевых путей

5) нефроптоза

5.ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

1) – из мезонефроса

2) – из мюллерова канала

3) – из вольфова канала *

4) – из метанефрогенной бластемы

5) – из аллантоиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО...

1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы

2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*

3)– недоразвитие собирательных канальцев

4) - несостыковка мочеточникового зачатка и уrogenитального синуса

5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1) ретроградную пиелографию

2) экскреторную урографию

3) цистоскопию *

4) цистоуретрографию

5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *

2) признаки нарушения сократительной способности лоханки

3) признаки вторичного пиелонефрита

4) истончение почечной паренхимы

5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

1) – гидронефрозом

2)– поликистозом

3) – губчатой почкой

4) – гидрокаликозом

5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) пиурию

2) альбуминурию

3)

микрогематурию

4) макрогематурию*

5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

1) экскреторную урографию*

2) цистографию

3) цистоскопию

4) цистометрию

5) УЗИ с определением кровотока

Рекомендуемая литература:

-Основная: М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.5. Пиелонефрит у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний обструктивного пиелонефрита. Гнойная почка. Цистит.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику и лечение обструктивного пиелонефрита. Гнойная почка. Цистит.

- обучить методам диагностики и лечения заболеваний

- изучить обструктивный пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: заболевания - обструктивный пиелонефрит. Гнойная почка. Цистит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

3. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Обструктивный пиелонефрит у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Гнойная почка у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Цистит у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение.

4. **Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на прием обратились родители с больным ребенком. У мальчика 10-ти лет резко затруднено мочеиспускание, выраженная интоксикация, лихорадка, в анализах мочи определяется выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Над лоном выявляется эластичное опухолевидное округлое образование.

Пальпация области обеих почек болезненна, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон. Выяснено, что ребенок страдает затруднённым мочеиспусканием с рождения, периодически «беспричинно температурит».

Контрольные вопросы

6. *Ваш предположительный диагноз?*
7. *Дифференциальный диагноз?*
8. *Методы обследования?*
9. *Анализ диагностических ошибок?*
10. *Профильный стационар? Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 5) Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение
- 6) Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
- 7) Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
- 8) Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры
- 9) Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
- 3) повторные пункции с введением гидрокортизона
- 4) оперативное лечение в плановом порядке*
- 5) назначение гормональных препаратов

2. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) опасностью восходящей инфекции мочевых путей
- 2) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря
- 3) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями в старшем возрасте
- 4) возможностью сведения лонных костей без проведения остеотомии*
- 5) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе

3. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутрибрюшным давлением
- 2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка*
- 5) инфекцией мочевыводящих путей

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

- 1) обработки вагинального отростка
- 2) полной скелетизации сосудов яичка*
- 3) выделения яичка единым блоком
- 4) тоннелизации мошонки
- 5) фиксации яичка к мясистой оболочке

5. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) низведение яичка без натяжения его элементов*
- 2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3) пересечение мышцы, поднимающей яичко
- 4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика
- 5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

6. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

- 1) эндovasкулярная окклюзия
- 2) операция Иванисевича
- 3) операция Паломо
- 4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*
- 5) тщательное урологическое обследование

7. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) консервативная терапия
- 3) склеротерапия
- 4) операция Иванисевича*
- 5) операция Винкельмана

8. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие кист в паренхиме обеих почек*
- 2) увеличение почек в размерах
- 3) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны
- 4) деформация чашечно-лоханочного комплекса
- 5) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы

9. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек
- 2) нечеткость контура поврежденной почки
- 3) увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока на УЗИ*
- 4) эхо-признаки выпота в брюшной полости
- 5) нечеткость рисунка исследуемой почки

10. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению
- 2) увеличение почки в размерах и кистозные включения
- 3) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы
- 4) деформация чашечно-лоханочной системы*
- 5) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы

11. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

- 1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
- 2) подвздошно-гребешковой связки*
- 3) пупартовой связки
- 4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
- 5) поперечной фасции

12. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

- 1) при кисте семенного канатика;
- 2) при перекруте яичка;
- 3) при орхоэпидидимите;
- 4) при напряженной водянке оболочек яичка*
- 5) при идиопатическом отеке мошонки

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.6.: Травматические повреждения почек у детей. Разрыв надпочечника (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний по вопросам - биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение разрыва надпочечника.

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить методы лечения различных видов травм органов мочевой системы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение разрыва надпочечника.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение разрыва надпочечника.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение

2. Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

3. Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

4. Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры

5. Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

3). Проверить свои знания с применением тестового контроля

Тестовый контроль:

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию

2) обострение пиелонефрита

3) стеноз сформированного анастомоза*

4) камнеобразование

5) нагноение послеоперационной раны

3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

1) операцию Фолея

2) операцию Бонина

3) операцию Андерсона –Хайнса*

4) резекцию добавочного сосуда

5) уретеролизис

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1)

1-2

года

2) 3-5 лет

- 3) 6-8 лет
 4) по установлению диагноза*
 5) в пубертатном периоде
- 5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**
- 1) 2-3-и сутки жизни*
 2) 1-3 года
 3) 4-5 лет
 4) 6-8 лет
 5) 9-15 лет
- 6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА**
- 1) для удвоения почки
 2) для гидронефроза
 3) для нефроптоза
 4) для разрыва почки*
 5) для туберкулеза
- 7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**
- 1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома
 2) пиурия, гематурия
 3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогах местах, олигурия*
 4) перелом костей таза, острая задержка мочи
 5) почечная колика
- 8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
- 1) экскреторная урография
 2) цистоскопия
 3) цистография*
 4) катетеризация мочевого пузыря
 5) хромоцистоскопия
- 9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
- 1) гематурия
 2) пиурия
 3) острая задержка мочи*
 4) дизурия
 5) альбуминурия
- 10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН**
- 1) при цистоскопии
 2) при антеградной урографии
 3) при микционной цистоуретрографии*
 4) при урофлоуметрии
 5) при цистометрии
- 11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ**
- 1) экстренного оперативного лечения
 2) оперативного лечения в плановом порядке
 3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
 4) наблюдение в динамике
 5) гормональное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
 -Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 5.7.: Травма органов мошонки у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний по вопросам - биомеханизм, виды повреждений органов мошонки у детей.. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мошонки у детей.. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация,

клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить методы лечения различных видов травм органов органов мошонки у детей.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Биомеханизм, виды повреждений органовмошонки у детей. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мошонки. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

2.Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1.Закрытые повреждения органов мошонки. Клиника, диагностика, лечение

2.Повреждения яичек у детей.. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

3.Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

4.Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры

5.Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

3). Проверить свои знания с применением тестового контроля

Тестовый контроль:

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию

2) обострение пиелонефрита

3) стеноз сформированного анастомоза*

4) камнеобразование

5) нагноение послеоперационной раны

3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

1) операцию Фолля

2) операцию Бонина

3) операцию Андерсона –Хайнса*

4) резекцию добавочного сосуда

5) уретеролизис

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 1-2 года
2) 3-5 лет
3) 6-8 лет

4) по установлению диагноза*

5) в пубертатном периоде

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) 2-3-и сутки жизни*

2) 1-3 года

3) 4-5 лет

4) 6-8 лет

5) 9-15 лет

6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА

1) для удвоения почки

2) для гидронефроза

3) для нефроптоза

4) для разрыва почки*

5) для туберкулеза

7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома

2) пиурия, гематурия

3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогах местах, олигурия*

4) перелом костей таза, острая задержка мочи

5) почечная колика

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография

2) цистоскопия

3) цистография*

4) катетеризация мочевого пузыря

5) хромоцистоскопия

9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематурия

2) пиурия

3) острая задержка мочи*

4) дизурия

5) альбуминурия

10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

1) при цистоскопии

2) при антеградной урографии

3) при микционной цистоуретрографии*

4) при урофлоуметрии

5) при цистометрии

11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 5.8. Эписпадия, гипоспадия у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм.

Задачи: - рассмотреть аномалии мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

- обучить применению необходимых современных методов диагностики и лечения заболеваний

- изучить этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение различных форм гипоспадии. Клиника, диагностика и лечение различных форм эписпадии.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз заболевания с помощью современных методов обследования

Обучающийся должен владеть: современными методами лечения заболеваний

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

3. Ответить на вопросы по теме занятия: Гипоспадия. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение. Эписпадия. Клиника, диагностика, лечение. Синдром врожденной инфравезикальной обструкции у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение.

4. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт вверх.

Контрольные вопросы

6. О каком заболевании можно думать?

7. Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?

8. Дифференциальная диагностика?

9. Методы обследования? Диагностическая тактика?

10. Показанное лечение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

9) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

10) Обструктивный и диспластический мегауретер. Клиника, диагностика, лечение

11) Мочекаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение

12) Аномалии мочевого протока. Виды, клиника, диагностика, лечение, осложнения

13) Экстрофия мочевого пузыря, клиника, диагностика, лечение

14) Синдром инфравезикальной обструкции. Виды, клиника, диагностика, лечение

15) Гипоспадия. Формы, лечение

16) Эписпадия. Формы, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ АБЕРРАНТНОМ (ДОБАВОЧНОМ) СОСУДЕ, ВЫЗЫВАЮЩЕМ ГИДРОНЕФРОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перевязка сосудов
- 2) резекция нижнего полюса
- 3) транспозиция аберрантного сосуда
- 4) антевазальный уретеропиелоанастомоз*
- 5) лоскутная пластика

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

- 1) гематурию
- 2) обострение пиелонефрита
- 3) стеноз сформированного анастомоза*
- 4) камнеобразование
- 5) нагноение послеоперационной раны

3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

- 1) операцию Фолея
- 2) операцию Бонина
- 3) операцию Андерсона –Хайнса*
- 4) резекцию добавочного сосуда
- 5) уретеролизис

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 1-2 года
- 2) 3-5 лет
- 3) 6-8 лет
- 4) по установлению диагноза*
- 5) в пубертатном периоде

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- 1) 2-3-и сутки жизни*
- 2) 1-3 года
- 3) 4-5 лет
- 4) 6-8 лет
- 5) 9-15 лет

6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА

- 1) для удвоения почки
- 2) для гидронефроза
- 3) для нефроптоза
- 4) для разрыва почки*
- 5) для туберкулеза

7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома
- 2) пиурия, гематурия
- 3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогах местах, олигурия*
- 4) перелом костей таза, острая задержка мочи
- 5) почечная колика

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экскреторная урография
- 2) цистоскопия
- 3) цистография*
- 4) катетеризация мочевого пузыря
- 5) хромоцистоскопия

9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гематурия
- 2) пиурия

3) острая задержка мочи*

4) дизурия

5) альбуминурия

10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

1) при цистоскопии

2) при антеградной урографии

3) при микционной цистоуретрографии*

4) при урофлоуметрии

5) при цистометрии

11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.9. Синехии препуциального мешка и малых половых губ. Фимоз, Парафимоз (семинарское занятие).

Цель: овладение студентами знаний нормального и патологического эмбриогенеза, принципы классификации урологических аномалий.

Задачи: - рассмотреть нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации аномалий и заболеваний полового члена

- обучить знанию нормального и патологического эмбриогенеза, принципам классификации урологических аномалий половых органов мальчиков и девочек

- изучить пороки развития наружных половых органов мальчиков и девочек

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий наружных половых органов. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, наиболее часто применяемые методы урологического обследования, различные формы недержания мочи у детей.

Обучающийся должен уметь: применять знания на практике, диагностировать различные формы энуреза.

Обучающийся должен владеть: знаниями диагностики пороков наружных половых органов у детей, назначать лечение детям с различными формами энуреза

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

Нормальный и патологический эмбриогенез наружных половых органов у детей.

Принципы классификации урологических аномалий.

Пороки наружных половых органов у детей, этиология, клиника, диагностика и диффдиагностика, принципы лечения.

Аномалии мочевого протока: виды, клиника и диагностика, лечение.

Аномалии мочевого пузыря и уретры (экстрофия, эписпадия, гипоспадия, фимоз): этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на прием обратились родители с больным ребенком. У мальчика 10-ти лет резко затруднено мочеиспускание, выраженная интоксикация, лихорадка, в анализах мочи определяется выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Над лоном выявляется эластичное опухолевидное округлое образование. Пальпация области обеих почек болезненна, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон. Выяснено, что ребенок страдает затруднённым мочеиспусканием с рождения, периодически «беспричинно температурит».

Контрольные вопросы

11. Ваш предположительный диагноз?
12. Дифференциальный диагноз?
13. Методы обследования?
14. Анализ диагностических ошибок?
15. Профильный стационар? Показанное лечение?

У мальчика шести лет выявляется полное недержание мочи, с рождения в анализах мочи определяется лейкоцитурия.

При осмотре детского уролога-андролога: половой член больного уменьшен в размере, искривлен кверху, уретра полностью расщеплена. По дорзальной поверхности моча вытекает из углубления в области лобка, кожа этой зоны мацерирована.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Этиология, патогенез заболевания?
3. Классификация пороков развития мочевой системы?
4. Дополнительное обследование?
5. Лечебная тактика? Возможные осложнения и прогноз?

1. Задания для групповой работы

Написание учебной истории болезни.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Эмбриогенез органов мочевой системы
- 2) Семиотика пороков развития и заболеваний мочевой системы (боль, изменения в анализах мочи, нарушения мочеиспускания)
- 3) Методы обследования ребенка: УЗИ, экскреторная урография, цистоуретрография, цистоуретроскопия, радионуклеидное исследование, цистометрия, урофлоуметрия, профилометрия, ангиография почек
- 4) Недержание мочи. Структура синдрома, этиология, виды, клиника различных форм, диагностика, различные методы лечения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

- 1) – 3-4 неделя
- 2) – 6-10 неделя
- 3) – 7-12 неделя
- 4) – 3-14 неделя*
- 5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИ ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1) – восходят и пронируются*
- 2) – нисходят и пронируются
- 3) – восходят и супинируются
- 4) – нисходят и супинируются

5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация

2) экскреторная урография *

3) ультразвуковое

сканирование

4) радиоизотопное

исследование

5) ангиоренография

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря

2) гидронефроза

3) пороков уретры и ПМР*

4) удвоения верхних мочевых путей

5) нефроптоза

5. ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

1) – из мезонефроса

2) – из мюллерова канала

3) – из вольфова канала *

4) – из метанефрогенной бластемы

5) – из аллантаиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО...

1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы

2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*

3) – недоразвитие собирательных канальцев

4) – несостыковка мочеточникового зачатка и уrogenитального синуса

5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1) ретроградную пиелографию

2) экскреторную урографию

3) цистоскопию *

4) цистоуретрографию

5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *

2) признаки нарушения сократительной способности лоханки

3) признаки вторичного пиелонефрита

4) истончение почечной паренхимы

5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

1) – гидронефрозом

2) – поликистозом

3) – губчатой почкой

4) – гидрокаликозом

5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) пиурию

2) альбуминурию

3)

микрогематурию

4) макрогематурию*

5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

1) экскреторную урографию*

2) цистографию

3) цистоскопию

4) цистометрию

5) УЗИ с определением кровотока

Рекомендуемая литература:

-Основная: М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.

Тема 5.10. Опухоль Вильмса. Опухоли мочевого пузыря, яичка, яичника у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний клиники, диагностики, лечения опухолей и кист почек, надпочечников, мочевого пузыря, яичек. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение опухолей и кист почек, надпочечников, яичек, яичников.

- обучить методам диагностики онкологических больных

- изучить нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Клиника, диагностика, лечение опухолей и кист почек, надпочечников, яичек, яичников у детей. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная М., поступила 27.06.01г с жалобами на боли в животе, метеоризм и затруднение дефекации. Считает себя больной в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что заболевание началось с адинамией, отсутствия аппетита, похудания, дисфункции кишечника, проявляющейся учащением акта дефекации (3-4 раза в сутки) с жидким стулом и примесью слизи, эпизодически чередующимся с запорами. Лечение симптоматическими средствами было неэффективным.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела 37,4⁰ С. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые, бледные. Язык влажный, обложен белым налётом. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области, при глубокой пальпации в илеоцекальном углу определяется опухолевидное образование продолговатой формы, плотной консистенции, малоподвижное, размером 12×8 см. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула прямой кишки пустая, патологические образования не определяются. Диурез не нарушен. Стул после клизмы скудный. Общий анализ крови: Нв 73 г/л, эритроциты 3,2×10¹²/л, лейкоциты 14×10⁹/л, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

1) *Ваш диагноз?*

2) *Классификация?*

3) *Методы обследования?*

4) *Дифференциальная диагностика?*

5) *Методы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Опухоли и кисты печени. Клиника, диагностика, лечение
 - 2) Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение
 - 3) Опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника. Клиника, диагностика, лечение
 - 4) Кисты брюшной полости. Клиника, диф.диагностика, лечение
 - 5) Опухоли почек. Виды, клиника, диагностика, лечение
 - 6) Опухоли надпочечников. Клиника, диагностика, лечение
 - 7) Нейрогенные и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства
 - 8) Тератомы забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ

- 1) Экскреторная урография*
- 2) Микционная цистоуретрография
- 3) УЗИ почек*
- 4) Исследование экскреции катехоламинов с мочой
- 5) Термография
- 6) Рентгеновская компьютерная томография*
- 7) Магнитно-резонансная компьютерная томография*

2. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С:

- 1) Гормональной терапии
- 2) Лучевой терапии
- 3) Операции
- 4) Полихимиотерапии*
- 5) Дезинтоксикационной терапии

3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ:

- 1) Интраоперационном разрыве опухоли*
- 2) Кровоточивости ложа опухоли
- 3) II стадии
- 4) III стадии*
- 5) Множественных метастазах в легких

4. НЕЙРОБЛАСТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ:

- 1) Вещества головного мозга
- 2) Задних рогов спинного мозга
- 3) Пейеровых бляшек
- 4) Пограничного симпатического ствола*
- 5) Парасимпатических ганглиев

5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ

- 1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 2) Определения уровня альфа-фетопротеина в крови
- 3) Исследование экскреции катехоламинов с мочой*
- 4) Скенирование печени
- 5) Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата*

6. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЛУЧШЕ ПРОГНОЗ

- 1) Нефробластоме*
- 2) Нейробластоме

7. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМЕ

- 1) Хирургический
- 2) Химиотерапия
- 3) Лучевая терапия
- 4) Лучевая терапия + полихимиотерапия*

8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
 - 1) Перелом копчика в результате родовой травмы
 - 2) Хромосомные аберрации
 - 3) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
 - 4) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *
9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ
 - 1) Нижние конечности
 - 2) Верхние конечности
 - 3) Лицо
 - 4) Крестцово-копчиковая область*
 - 5) Селезенка
 - 6) Кишечник
 - 7) Половые железы*
10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ
 - 1) Наличие опухоли*
 - 2) Гемигипертрофия
 - 3) Синдром Горнера
 - 4) Нарушение мочеиспускания и дефекации*
 - 5) Гипертермия
11. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
 - 1) Эхоэнцефалография
 - 2) Ректальное исследование*
 - 3) Пальпация живота под наркозом
 - 4) Обзорная рентгенография брюшной полости
 - 5) Рентгеновская компьютерная томография*
12. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОГРАММУ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
 - 1) Антибактериальная терапия
 - 2) Физиотерапия
 - 3) Полихимиотерапия*
 - 4) Оперативное удаление опухоли*
 - 5) Склерозирующая терапия
 - 6) Рентгенотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста.

Тема 6.1.: Травма головы у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний вопросов - Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

Задачи: - рассмотреть виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить современные методы диагностики и лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной М., 14-ти лет, попал в автомобильную аварию. Из анамнеза известно, что у больного после травмы имела место кратковременная потеря сознания, была однократная рвота съеденной пищей. Через 3 часа мальчик доставлен в приемный покой центральной районной больницы.

При осмотре выявлена выраженная бледность кожных покровов. Линейная рана на лбу. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации в различных отделах. Стул, диурез в норме. Выявлен горизонтальный нистагм. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение. На следующие сутки отмечено ухудшение состояния. Больной вял, спутанно отвечает на вопросы. Анизокория.

Контрольные вопросы

1. Теории возникновения и развития ЧМТ.

2. Классификация.

3. С каким диагнозом ребенок был госпитализирован в стационар?

4. О каком осложнении можно думать в данном случае? Необходимые методы обследования.

5. Принципы лечения.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Виды и периодизация ЧМТ у детей.

2) Классификация ЧМТ у детей.

3) Клиническая картина различных форм.

4) Переломы свода и основания черепа.

5) Фазность течения ЧМТ.

6) Методы диагностики ЧМТ у детей.

7) Принципы лечения ЧМТ у детей.

8) Синдром «встряхнутого ребенка»: причины, клиника, диагностика, лечение, исходы, профилактика.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Указать один правильный ответ

1. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей *

2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза

3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области

4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области

5) ушиб мягких тканей головы

2. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию *

2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику

3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту

4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой

- 5) гемипарез при ясном сознании
3. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС
- 1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
 - 2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
 - 3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности *
 - 4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
 - 5) тетраплегия, ясное сознание
4. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) потеря сознания
 - 2) очаговая неврологическая симптоматика
 - 3) многократная рвота
 - 4) ото-рино-ликворея *
 - 5) кровотечение из носа и уха

указать все правильные ответы

5. ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
- 1) ретроградная амнезия*
 - 2) наличие "светлого промежутка"
 - 3) потеря сознания*
 - 4) головная боль*
 - 5) рвота*
 - 6) гемипарез или гемиплегия
 - 7) анизокория
 - 8) клонико-тонические судороги
6. ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
- 1) ретроградная амнезия*
 - 2) наличие "светлого промежутка"
 - 3) потеря сознания*
 - 4) головная боль*
 - 5) рвота*
 - 6) гемипарез или гемиплегия*
7. ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ
- 1) экстракраниальная гематома*
 - 2) кровотечение по задней стенке глотки
 - 3) симптом "очков"
 - 4) анизокория*
 - 5) наличие "светлого промежутка"*
 - 6) гемипарез*
 - 7) судороги*
8. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
- 1) экстракраниальная гематома
 - 2) кровотечение по задней стенке глотки*
 - 3) симптом "очков"*
 - 4) анизокория
 - 5) нозальная ликворея*
 - 6) ликворея и кровотечение из слухового хода*
 - 7) наличие "светлого промежутка"
 - 8) гемипарез
9. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТМЕЧАЕТСЯ
- 1) выбухание большого родничка
 - 2) экстракраниальная гематома*
 - 3) нозальная ликворея
 - 4) боль при пальпации области повреждения*
 - 5) вдавление по типу "целлулоидного мячика"*
 - 6) оскольчатый вдавленный перелом
 - 7) перелом костей свода черепа по типу трещин*

10. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) Эхоэнцефалография*
 - 2) люмбальная пункция*
 - 3) спириметрия
 - 4) ангиография*
 - 5) офтальмоскопия*
 - 6) компьютерная томография, МРТ*
- ## 11. ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО
- 1) наблюдение и лечение амбулаторное
 - 2) антибактериальная терапия
 - 3) постельный режим*
 - 4) дегидротация, седативная и витаминотерапия*
 - 5) санация ликвора люмбальной пункцией
 - 6) гипербарическая оксигенация
 - 7) гемостатическая терапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 6.2. Травма верхних конечностей у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний повреждения верхних конечностей и плечевого пояса у детей

Задачи: - рассмотреть виды переломов верхней конечности, ключицы, лопатки и сочетанных повреждений, сроки и методы консервативного и оперативного лечения

- обучить способам диагностики

- изучить методы лечения переломов

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: виды повреждений верхних конечностей у детей

Обучающийся должен уметь: диагностировать повреждение, читать рентгенограммы

Обучающийся должен владеть: современными методами лечения, определять показания к оперативной коррекции и консервативному ведению.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Переломы плечевой кости у детей. Виды, клиника, диагностика и лечение. Переломы локтевой и лучевой костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Переломы ключицы. Клиника, диагностика, лечение. Родовые повреждения верхних конечностей и плечевого пояса. Виды, клиника, диагностика и лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Переломы плечевой кости. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
2. Переломы локтевой и лучевой костей, сочетанные повреждения костей предплечья. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
3. Переломы ключицы. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
4. Родовые повреждения верхних конечностей и плечевого пояса. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- 2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- 3) с противошоковой целью ввести наркотики
- 4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается

5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза *

2. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей *
- 2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- 3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- 4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- 5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОДОВОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 7) проксимальный эпифиз плечевой кости
- 8) дистальный эпифиз плечевой кости*
- 9) проксимальный эпифиз бедренной кости
- 10) дистальный эпифиз бедренной кости
- 11) проксимальный эпифиз большеберцовой кости

4. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РОДОВОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 12) деструкция метафиза плечевой кости
- 13) наличие видимого костного отломка
- 14) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья*
- 15) видимая костная мозоль
- 16) луковичный периостит

5. РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РОДОВОМ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) открытое направление
- 2) вытяжение по Шеде
- 3) вытяжение по Блаунту
- 4) вправление закрытое
- 5) закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки*

6. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
- 2) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
- 3) вытяжение по Блаунту
- 4) вытяжение по Шеде*
- 5) лечения не требуется

7. ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ БЕЗ СУЩЕСТВЕННОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гематома в области плечевого сустава
- 2) крепитация отломков
- 3) гемипарез
- 4) реакция на болевое ощущение при пеленании*
- 5) нарушение кровообращения

8. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиксация ручки к туловищу ребенка
- 2) лейкопластырное вытяжение
- 3) гипсовая повязка
- 4) повязка Дезо
- 5) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча 90° и сгибанием предплечья в локтевом суставе 90° *

9. КРИТЕРИЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ РОДОВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) степень нарушения мозгового кровообращения *
- 2) размеры родовой опухоли на голове
- 3) наличие кефалогематомы
- 4) переломы черепа
- 5) степень смещения костей черепа

10. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПА И ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ ПРИ РОДАХ, ВКЛЮЧАЕТ

- 1) лечения не требует
- 2) интенсивную инфузионную терапию
- 3) хирургическую коррекцию методом репозиции*
- 4) резекционную трепанацию черепа
- 5) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

- 1) печень, селезенка*
- 2) тонкая кишка
- 3) толстая кишка
- 4) мочевого пузыря
- 5) почки

12. ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА СТАРШЕ 10 ЛЕТ, ИМЕВШЕГО МЕНЕЕ 3 ПРИВИВОК, ПОСЛЕДНЯЯ ИЗ КОТОРЫХ СДЕЛАНА ЗА 2 ГОДА ДО ТРАВМЫ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) анатоксин столбнячный и противостолбнячную сыворотку
- 2) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
- 3) противостолбнячную сыворотку
- 4) анатоксин столбнячный*
- 5) ничего из перечисленного

13. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей*
- 2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
- 3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
- 4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
- 5) ушиб мягких тканей головы

14. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- 1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию*
- 2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
- 3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
- 4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
- 5) гемипарез при ясном сознании

15. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

- 1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия

- 2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
 - 3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности*
 - 4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
 - 5) тетраплегия, ясное сознание
16. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) потеря сознания
 - 2) очаговая неврологическая симптоматика
 - 3) многократная рвота
 - 4) ото-рино-ликворея*
 - 5) кровотечение из носа и уха
17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
- 1) в средней трети*
 - 2) в зоне клювовидного отростка
 - 3) на границе средней и медиальной трети ключицы
 - 4) на границе средней и латеральной трети ключицы
 - 5) у стернального конца ключицы
18. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) повязка Дезо *
 - 2) торакобрахиальная повязка
 - 3) шино-гипсовая 8-образная повязка
 - 4) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому – Карпенко
 - 5) фиксация не требуется
19. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ
- 1) падение на локоть или кисть приведенной или отведенной руки *
 - 2) прямой удар в среднюю треть предплечья
 - 3) резкий рывок за руку
 - 4) падение на бок при приведенной руке
 - 5) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке
20. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) клиническое и рентген*
 - 2) рентген и УЗИ
 - 3) УЗИ и артроскопия
 - 4) ЯМР и радиоизотопное исследование
 - 5) артропневмография
21. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
- 1) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
 - 2) репозицию и фиксацию на отводящей шине
 - 3) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
 - 4) скелетное вытяжение
 - 5) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом *
22. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫШЦЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ С УСТРАНЕНИЯ
- 1) ротационного смещения*
 - 2) смещения по ширине
 - 3) смещения по длине
 - 4) углового смещения
 - 5) смещения по ширине и длине
23. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОВЕДЕНИЯ СПИЦЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ
- 1) дистальный конец плечевой кости
 - 2) локтевой отросток локтевой кости*
 - 3) дистальный метафиз лучевой кости
 - 4) диафиз плечевой кости
 - 5) скелетное вытяжение не применяют
24. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

- 6) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости*
- 7) при метафизарных повреждениях плечевой кости
- 8) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости
- 9) при диафизарных повреждениях плечевой кости
- 10) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

25.ЗАДНИЙ ВЫВИХ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при падении на локоть согнутой руки
- 2) при падении на локоть разогнутой руки
- 3) при падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе*
- 4) при падении на отведенную руку
- 5) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки

26.ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖИ - ЭТО

- 1) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
- 2) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
- 3) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
- 4) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
- 5) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке*

27.ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ ГАЛЕАЦЦИ - ЭТО

- 1) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом лучевой в верхней трети - на другой
- 2) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
- 3) перелом лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке*
- 4) вывих локтевой кости с переломом лучевой в средней трети
- 5) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

28.ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ФИКСИРОВАННОГО ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ БУДЕТ

- 1) сгибание под углом 45°
- 2) разгибание в локтевом суставе предплечья
- 3) сгибание под углом 135° *
- 4) максимальное сгибание предплечья
- 5) сгибание и внутренняя ротация предплечья

29.ПРИ ЗАКРЫТОЙ РУЧНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХА МОНТЕДЖИ ДО ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ СЛЕДУЕТ

- 1) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости*
- 2) достаточно репозиции локтевой кости
- 3) достаточно вправить головку луча
- 4) репозиция локтевой кости и вправление головки луча
- 5) достаточно тракции по оси

30.АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением
- 2) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением
- 3) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением
- 4) перелом двух костей предплечья на разных уровнях
- 5) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности*

31.ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ ЗОНЫ РОСТА И РАЗВИТИЕ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В СЛУЧАЕ

- 1) эпифизолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
- 2) перелома проксимального эпифиза
- 3) остеоэпифизолиза со смещением
- 4) эпифизолиза со смещением
- 5) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза*

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 6.3. Травма нижних конечностей у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний повреждений нижних конечностей у детей

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение переломов таза, бедра, голени

- обучить способам диагностики

- изучить методы лечения переломов

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение переломов таза, бедра, голени, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующего сколиоза

Обучающийся должен уметь: читать рентгенограммы, накладывать фиксирующие повязки

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика и лечение. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Родовые повреждения нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика и лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

1) на грудь

2) на спину*

3) на ягодицы

4) на ноги

5) на голову

3. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

1) локальная болезненность, деформация

2) болезненность при осевой нагрузке

3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*

4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика

5) нарушение функции тазовых органов

4. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*

2) с помощью корсетов

3) оперативное лечение

4) одномоментную реклинацию и корсет

5) не требует лечения

5. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА

1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *

2) на спине с выпрямленными конечностями

3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами

4) на боку с выпрямленными конечностями

5) нет типичных позиций

6. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН

- 1) для перелома крыла подвздошной кости
- 2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
- 3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *
- 4) для отрыва передне-верхней ости
- 5) для отрыва передне-нижней ости

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

2. Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
 3. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
 4. Переломы костей таза. Виды, классификация, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
 5. Повреждения (вывихи, подвывихи, переломы) позвонков. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
 6. Прогрессирующий сколиоз. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
 7. Родовая травма нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФИКСИРОВАТЬ ПАЛЕЦ ПРИ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ СЛЕДУЕТ

- 1) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах
- 2) при переразгибании в суставах пальца
- 3) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе и разгибания в проксимальном
- 4) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном ("писчего пера")*
- 5) при максимальном сгибании во всех суставах пальца

7. ПРИ РАНЕНИИ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА СВОДИТСЯ

- 1) к наложению первичного шва сухожилия *
- 2) к лечению под мазевыми повязками
- 3) к гипсовой иммобилизации
- 4) к фиксации в металлической шине Розова
- 5) к лейкопластырной повязке

8. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ, ФИКСИРОВАННОГО В ГИПСЕ, ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА СРЕДНЕЙ ИЛИ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ БУДЕТ

- 1) положение максимального сгибания
- 2) положение максимального разгибания
- 3) среднефизиологическое положение *
- 4) положение писчего пера
- 5) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90 градусов

9. ПРИ ЗАДНЕМ (ПОДВЗДОШНОМ) ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

- 1) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри *
- 2) согнута и ротирована кнаружи
- 3) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах
- 4) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи
- 5) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе

10. ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) моделированную гипсовую лонгету
- 2) удаление надколенника
- 3) стабилизирующие пластические операции*
- 4) надмышечковую остеотомию бедра
- 5) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой

11. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИК СМЕЩЕН

- 1) кнаружи *
- 2) вниз
- 3) кнутри
- 4) кзади
- 5) вверх

12. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ И ОСТРОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия *
- 2) вправление, гипсовая лонгета
- 3) открытое вправление, давящая повязка
- 4) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы
- 5) закрытое вправление без иммобилизации

13. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ ПОКАЗАНО

- 1) при поперечном переломе с полным смещением
- 2) при переломе с большим угловым смещением
- 3) при оскольчатом переломе со значительным смещением отломка
- 4) при всех видах переломов *
- 5) не показано

14. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ

- 1) лучевой нерв
- 2) локтевой нерв *
- 3) срединный нерв
- 4) мышечно-кожный нерв
- 5) нервы не страдают

15. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСТРАДАВШЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) ушивание раны, гипсовую повязку
- 2) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию
- 3) рентген-снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс *
- 4) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование
- 5) артротомию с ревизией коленного сустава

16. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 2 недели
- 2) 3 недели
- 3) 4 недели
- 4) 5 недель
- 5) 6 недель *

17. ТИПИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) форсированное отведение и наружная ротация голени*
- 2) форсированное приведение голени в коленном суставе
- 3) форсированное разгибание в суставе
- 4) форсированное сгибание в суставе
- 5) резкое отведение голени в коленном суставе

18. ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) блокада коленного сустава
- 2) симптом выдвигаемого ящика*
- 3) сгибательная контрактура в коленном суставе
- 4) разгибательная контрактура в коленном суставе
- 5) симптом прилипшей пятки

19. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) открытую репозицию
- 2) открытую репозицию и остеосинтез *

- 3) аппаратное лечение
- 4) скелетное вытяжение

5) ревизию и гипсовую иммобилизацию

20. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ КАСАЮТСЯ

- 1) закрытых внутрисуставных переломов со смещением *
- 2) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени
- 3) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением
- 4) закрытых переломов с полным смещением
- 5) всех видов переломов со смещением отломков

21. КОНТРОЛЬНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК В ГИПСЕ ПРИ МЕТАДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

- 1) на 2-е сутки
- 2) на 3-5-е сутки
- 3) на 6-7-е сутки
- 4) на 10-14-е сутки *

5) рентгенологический контроль не обязателен

22. ДЛЯ РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА I ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА (АТЛАНТА) У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН

- 1) наклон головы и поворот ее в здоровую сторону *
- 2) поворот головы в сторону подвывиха
- 3) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
- 4) полный объем движений
- 5) нет характерных симптомов

23. НАЗВАНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ НОСИТ

- 1) сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса *
- 2) сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков
- 3) сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта
- 4) сустав между телами I и II шейных позвонков
- 5) такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет

24. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1) шейном отделе:
- 2) верхнегрудном отделе
- 3) среднегрудном отделе *
- 4) нижнегрудном отделе
- 5) поясничном отделе

25. ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

- 1) на грудь
- 2) на спину*
- 3) на ягодицы
- 4) на ноги
- 5) на голову

26. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) локальная болезненность, деформация
- 2) болезненность при осевой нагрузке
- 3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*
- 4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика
- 5) нарушение функции тазовых органов

27. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
- 2) с помощью корсетов
- 3) оперативное лечение
- 4) одномоментную реклинацию и корсет
- 5) не требует лечения

28. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ

ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА

- 1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *
- 2) на спине с выпрямленными конечностями
- 3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами
- 4) на боку с выпрямленными конечностями
- 5) нет типичных позиций

29. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН

- 1) для перелома крыла подвздошной кости
- 2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
- 3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *
- 4) для отрыва передне-верхней ости
- 5) для отрыва передне-нижней ости

30. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ "ЛЯГУШКИ" ХАРАКТЕРНО

- 1) при переломе обеих лонных и седалищных костей*
- 2) при отрывном переломе передне-верхней ости
- 3) при переломе тазового кольца
- 4) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения
- 5) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра

31. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗРЫВЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ УКЛАДКУ БОЛЬНОГО

- 1) сдавить и приподнять таз с помощью "гамачка", укрепленного на балканской раме*
- 2) положение "лягушки" на горизонтальной плоскости
- 3) скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости
- 4) скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости
- 5) не требует специальной укладки

32. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НЕ СТРАДАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) лонной и седалищной костей в диагональном варианте*
- 2) переднего полукольца
- 3) заднего отдела полукольца
- 4) крестцово-подвздошного сочленения
- 5) Мальгения

33. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НАРУШЕНА

- 1) при переломе лонной кости
- 2) при переломе седалищной кости
- 3) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза*
- 4) при отрыве бугра седалищной кости
- 5) при краевых переломах подвздошной кости

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 6.4. Травма позвоночника у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний повреждений позвоночника у детей

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующего сколиоза

- обучить способам диагностики

- изучить методы лечения переломов

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение переломов позвоночника у детей, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующего сколиоза

Обучающийся должен уметь: читать рентгенограммы, накладывать фиксирующие повязки

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика и лечение. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Повреждения позвонков. Клиника,

диагностика, лечение. Родовые повреждения нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика и лечение.

34. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

1) на грудь

2) на спину*

3) на ягодицы

4) на ноги

5) на голову

35. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

1) локальная болезненность, деформация

2) болезненность при осевой нагрузке

3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*

4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика

5) нарушение функции тазовых органов

36. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*

2) с помощью корсетов

3) оперативное лечение

4) одномоментную реклинацию и корсет

5) не требует лечения

37. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА

1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *

2) на спине с выпрямленными конечностями

3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами

4) на боку с выпрямленными конечностями

5) нет типичных позиций

38. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН

1) для перелома крыла подвздошной кости

2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения

3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *

4) для отрыва передне-верхней ости

5) для отрыва передне-нижней ости

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

8. Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

9. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

10. Переломы костей таза. Виды, классификация, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

11. Повреждения (вывихи, подвывихи, переломы) позвонков. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
12. Прогрессирующий сколиоз. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
13. Родовая травма нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФИКСИРОВАТЬ ПАЛЕЦ ПРИ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ СЛЕДУЕТ

- 1) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах
- 2) при переразгибании в суставах пальца
- 3) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе и разгибания в проксимальном
- 4) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном ("писчего пера")*
- 5) при максимальном сгибании во всех суставах пальца

39. ПРИ РАНЕНИИ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА СВОДИТСЯ

- 1) к наложению первичного шва сухожилия *
- 2) к лечению под мазевыми повязками
- 3) к гипсовой иммобилизации
- 4) к фиксации в металлической шине Розова
- 5) к лейкопластырной повязке

40. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ, ФИКСИРОВАННОГО В ГИПСЕ, ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА СРЕДНЕЙ ИЛИ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ БУДЕТ

- 1) положение максимального сгибания
- 2) положение максимального разгибания
- 3) среднефизиологическое положение *
- 4) положение писчего пера
- 5) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90 градусов

41. ПРИ ЗАДНЕМ (ПОДВЗДОШНОМ) ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

- 1) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри *
- 2) согнута и ротирована кнаружи
- 3) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах
- 4) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи
- 5) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе

42. ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) моделированную гипсовую лонгету
- 2) удаление надколенника
- 3) стабилизирующие пластические операции*
- 4) надмышечковую остеотомию бедра
- 5) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой

43. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИК СМЕЩЕН

- 1) кнаружи *
- 2) вниз
- 3) кнутри
- 4) кзади
- 5) вверх

44. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ И ОСТРОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия *
- 2) вправление, гипсовая лонгета
- 3) открытое вправление, давящая повязка
- 4) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы
- 5) закрытое вправление без иммобилизации

45. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ ПОКАЗАНО

- 1) при поперечном переломе с полным смещением
- 2) при переломе с большим угловым смещением
- 3) при оскольчатом переломе со значительным смещением отломка
- 4) при всех видах переломов *

5) не показано

46. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ

- 1) лучевой нерв
- 2) локтевой нерв *
- 3) срединный нерв
- 4) мышечно-кожный нерв
- 5) нервы не страдают

47. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСТРАДАВШЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) ушивание раны, гипсовую повязку
- 2) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию
- 3) рентген-снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс *
- 4) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование
- 5) артротомию с ревизией коленного сустава

48. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 2 недели
- 2) 3 недели
- 3) 4 недели
- 4) 5 недель
- 5) 6 недель *

49. ТИПИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) форсированное отведение и наружная ротация голени*
- 2) форсированное приведение голени в коленном суставе
- 3) форсированное разгибание в суставе
- 4) форсированное сгибание в суставе
- 5) резкое отведение голени в коленном суставе

50. ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) блокада коленного сустава
- 2) симптом выдвигающего ящика*
- 3) сгибательная контрактура в коленном суставе
- 4) разгибательная контрактура в коленном суставе
- 5) симптом прилипшей пятки

51. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) открытую репозицию
- 2) открытую репозицию и остеосинтез *
- 3) аппаратное лечение
- 4) скелетное вытяжение
- 5) ревизию и гипсовую иммобилизацию

52. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ КАСАЮТСЯ

- 1) закрытых внутрисуставных переломов со смещением *
- 2) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени
- 3) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением
- 4) закрытых переломов с полным смещением
- 5) всех видов переломов со смещением отломков

53. КОНТРОЛЬНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК В ГИПСЕ ПРИ МЕТАДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

- 1) на 2-е сутки
- 2) на 3-5-е сутки
- 3) на 6-7-е сутки
- 4) на 10-14-е сутки *
- 5) рентгенологический контроль не обязателен

54. ДЛЯ РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА I ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА (АТЛАНТА) У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН

- 1) наклон головы и поворот ее в здоровую сторону *
- 2) поворот головы в сторону подвывиха
- 3) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
- 4) полный объем движений
- 5) нет характерных симптомов

55. НАЗВАНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ НОСИТ

- 1) сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса*
- 2) сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков
- 3) сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта
- 4) сустав между телами I и II шейных позвонков
- 5) такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет

56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1) шейном отделе:
- 2) верхнегрудном отделе
- 3) среднегрудном отделе *
- 4) нижнегрудном отделе
- 5) поясничном отделе

57. ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

- 1) на грудь
- 2) на спину*
- 3) на ягодицы
- 4) на ноги
- 5) на голову

58. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) локальная болезненность, деформация
- 2) болезненность при осевой нагрузке
- 3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*
- 4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика
- 5) нарушение функции тазовых органов

59. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
- 2) с помощью корсетов
- 3) оперативное лечение
- 4) одномоментную реклинацию и корсет
- 5) не требует лечения

60. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА

- 1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *
- 2) на спине с выпрямленными конечностями
- 3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами
- 4) на боку с выпрямленными конечностями
- 5) нет типичных позиций

61. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН

- 1) для перелома крыла подвздошной кости
- 2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
- 3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *
- 4) для отрыва передне-верхней ости
- 5) для отрыва передне-нижней ости

62. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ "ЛЯГУШКИ" ХАРАКТЕРНО

- 1) при переломе обеих лонных и седалищных костей*
- 2) при отрывном переломе передне-верхней ости
- 3) при переломе тазового кольца
- 4) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения
- 5) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра

63. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗРЫВЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ УКЛАДКУ БОЛЬНОГО

- 1) сдвинуть и приподнять таз с помощью "гамачка", укрепленного на балканской раме*
- 2) положение "лягушки" на горизонтальной плоскости
- 3) скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости
- 4) скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости
- 5) не требует специальной укладки

64. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НЕ СТРАДАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) лонной и седалищной костей в диагональном варианте*
- 2) переднего полукольца
- 3) заднего отдела полукольца
- 4) крестцово-подвздошного сочленения
- 5) Мальгенья

65. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НАРУШЕНА

- 1) при переломе лонной кости
- 2) при переломе седалищной кости
- 3) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза*
- 4) при отрыве бугра седалищной кости
- 5) при краевых переломах подвздошной кости

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 6.6. Остеохондропатии и врожденные заболевания костей и суставов у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний заболеваний – косолапость, кривошея, остеохондропатии

Задачи: - рассмотреть диагностику и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной кор-рекции, Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера. Подготовка и тестирование

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить рентгенологическую диагностику остеохондропатий и методы лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: рассмотреть диагностику и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной коррекции Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Косолапость. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции. Врожденная кривошея. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции. Остеохондропатии у детей. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции (Легга – Кальве- Пертеса, Осгуда-Шляттера, Шейермана – Мау). Искривление позвоночника у детей. Принципы диагностики и лечения.

2.Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
- 2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
- 3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
- 4) щель просветления между апофизами остистых отростков
- 5) нет характерного признака

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ

- 2) в первые месяцы жизни
- 3) в первый год жизни*
- 4) до 3 лет
- 5) 3-5 лет
- 6) после 5 лет

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нет абсолютных показаний
- 2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
- 3) лучевая косорукость*
- 4) локтевая косорукость
- 5) нарушение функции в локтевом суставе

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1. Врожденная косолапость. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции, чтение рентгенограмм
2. Врожденная кривошея. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции, чтение рентгенограмм
3. Остеохондропатия у детей. Анатомо-физиологические предпосылки, виды, классификация, стадии течения, клиника, диагностика, лечение наиболее частых форм (Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера, Шейермана-Мау), чтение рентгенограмм.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 2) дисплазия тазобедренного сустава *
- 3) врожденная косорукость
- 4) амниотические перетяжки
- 5) патологический вывих бедра
- 6) болезнь Клиппеля – Фейля

2. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

- 1) дисфункция созревания
- 2) дисфункция роста*
- 3) внутриутробная инфекция
- 4) неправильное внутриутробное развитие
- 5) тератогенное воздействие

3. РАЦИОНАЛЬНЫМ ПУТЕМ УПРАВЛЕНИЯ СОЗРЕВАНИЕМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хирургический, паллиативный
- 2) ортопедические приемы
- 3) хирургическая реконструкция
- 4) хирургический + медикаментозный

- 5) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание*
4. ВЕЛИЧИНА ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО УГЛА (БЕЛЕРА) В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) до 10
 - 2) от 10 до 20
 - 3) от 30 до 40*
 - 4) от 45 до 90
 - 5) 135
6. ВРОЖДЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
- 1) к миогенной деформации*
 - 2) к десмогенной деформации
 - 3) к неврогенной деформации
 - 4) к дермо-десмогенной деформации
 - 5) к конституционной деформации
7. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ
- 1) порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 - 2) травма при родах*
 - 3) неправильное положение плода
 - 4) воспалительная теория
 - 5) ишемия сердца*
8. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
- 1) в первые 3-5 дней после рождения*
 - 2) на 10-14-й день после родов
 - 3) в месячном возрасте
 - 4) в 3-месячном возрасте
 - 5) клинические симптомы в этот период не выражены
9. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ ВЫРАЖАЕТСЯ
- 1) наклоном головы в сторону пораженной мышцы
 - 2) поворотом головы в здоровую сторону
 - 3) поворотом головы в пораженную сторону
 - 4) наклоном головы в здоровую сторону
 - 5) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную*
10. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
- 1) с момента рождения*
 - 2) в 2-недельном возрасте
 - 3) с 2-5 месяцев
 - 4) с 0,5-1 года
 - 5) после 1 года
11. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО
- 1) до 5 месяцев
 - 2) до 1 года
 - 3) до 2 лет
 - 4) до 3 лет*
 - 5) в 3-4 года
12. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) нарастающая асимметрия лица и шеи *
 - 2) нарушение осанки
 - 3) нарушение остроты зрения
 - 4) стробизм сходящийся и расходящийся
 - 5) нарушения осанки и зрения
13. СКОЛИОЗ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ
- 1) при сутулой спине
 - 2) при прямой спине
 - 3) при усилении лордоза*
 - 4) при плоской спине
 - 5) при сутулой спине с лордозом
14. ПОНЯТИЕ "СПОНДИЛОЛИЗ" ОЗНАЧАЕТ

- 1) отсутствие костного сращения дужек с телом*
- 2) расщепление тел позвонков
- 3) изменение форм позвонков фронтальное
- 4) изолированное смещение тел позвонков
- 5) изменение форм позвонков сагиттальное

15. ПОНЯТИЕ "ПЕРЕХОДЯЩИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ ПОЗВОНОК" (ПО ШМОРЛЮ) ОЗНАЧАЕТ

- 1) Люмбализацию*
- 2) сакрализацию
- 3) люмбализацию, сакрализацию
- 4) деформацию поясничных позвонков
- 5) деформацию крестцового позвонка

16. ПОНЯТИЕ "ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ" ОЗНАЧАЕТ

- 1) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового*
- 2) сращение нескольких поясничных позвонков
- 3) добавочный клиновидный поясничный позвонок
- 4) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12
- 5) расщепление тела поясничного позвонка

17. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
- 2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
- 3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
- 4) щель просветления между апофизами остистых отростков
- 5) нет характерного признака

18. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в первые месяцы жизни
- 2) в первый год жизни*
- 3) до 3 лет
- 4) 3-5 лет
- 5) после 5 лет

19. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нет абсолютных показаний
- 2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
- 3) лучевая косорукость*
- 4) локтевая косорукость
- 5) нарушение функции в локтевом суставе

20. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 5-6 ЛЕТ

- 1) абсолютные*
- 2) искривление лучевой кости более 40°
- 3) болевые ощущения
- 4) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста
- 5) ограничение ротационных движений

21. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОРУКОСТИ (КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА КОСТИ) СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) в первые месяцы жизни*
- 2) до 3 лет
- 3) в 3-5 лет
- 4) в 5-7 лет
- 5) в 10-12 лет

22. ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА – ЭТО

- 1) штыкообразная деформация кисти и предплечья *
- 2) лучевая косорукость
- 3) локтевая косорукость
- 4) укорочение костей предплечья
- 5) сгибательная контрактура

23. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ

- 1) из приведения, супинации и подошвенного сгибания*
- 2) из отведения, супинации и подошвенного сгибания
- 3) из приведения, пронации и тыльного сгибания
- 4) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
- 5) из эквинусной установки стопы

24. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

- 1) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей *
- 2) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
- 3) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
- 4) невыгодное положение плода с отведением бедер
- 5) патология беременности

25. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ограничение отведения бедер
- 2) симптом Маркса – Ортолани, соскальзывание
- 3) укорочение ножки*
- 4) асимметрия ножных складок
- 5) наружная ротация ножки

26. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

- 1) в период новорожденности *
- 2) в первые полгода жизни
- 3) до 1 года
- 4) показано оперативное лечение
- 5) в возрасте от 1 года до 3 лет

27. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОСТОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВПРАВЛЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось*
- 2) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным
- 3) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке
- 4) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости
- 5) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине

28. НЕ ЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) к асептическому некрозу головки бедренной кости
- 2) к шоку
- 3) к разрыву капсулы*
- 4) к скручиванию бедра
- 5) к нарушению кровообращения в стопах

29. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РЕКУРВАЦИИ ГОЛЕНИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин
- 2) ЛФК и тутор*
- 3) остетомию
- 4) остеоклазию
- 5) не требует лечения

30. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ

- 1) новорожденности
- 2) 1-3 года
- 3) 3-7 лет
- 4) 7-10 лет
- 5) не имеет значения*

31. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) этапные гипсовые повязки

- 2) лонгеты из поливика и ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц
- 3) ношение ортопедической обуви
- 4) ЛФК, массаж
- 5) лечения не требует*

32. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ

- 1) при затухающей стадии процесса*
- 2) при хронической форме остеомиелита
- 3) при свищевой форме
- 4) в период ремиссии
- 5) не менее чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления

33. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) клиническое обследование*
- 2) рентгенологическое обследование
- 3) теплографическое обследование
- 4) томография
- 5) бактериологическое обследование

34. ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
- 2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
- 3) при переломе двух костей голени в средней трети
- 4) при переломе малоберцовой кости
- 5) при переломе межмышцелкового возвышения

35. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) торсия позвонков
- 2) слабость мышечного корсета
- 3) асимметрия уровня расположения лопаток
- 4) разница треугольников талии
- 5) круглая спина*

36. ТОТАЛЬНЫЙ КИФОЗ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ

- 1) у новорожденных и грудных детей
- 2) у детей до 3-5 лет
- 3) у детей от 5 до 10 лет*
- 4) у детей от 10 до 15 лет
- 5) старше 15 лет

37. ДИСХОНДРОПАЗИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ СКЕЛЕТА - ЭТО

- 1) опухоль, исходящая из хрящевой ткани*
- 2) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща
- 3) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте
- 4) заболевание воспалительного характера
- 5) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани

38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ДИСХОНДРОПАЗИЕЙ (БОЛЕЗНЬ ОЛЬЕ)

- 1) Позвоночник*
- 2) кости предплюсны
- 3) кости таза, бедренные и плюсневые кости
- 4) пальцы кисти, стопы, поясничные кости
- 5) кости черепа

39. ПОНЯТИЕ "МЕТАФИЗАРНАЯ ФОРМА ХОНДРОДИСПЛАЗИИ" - ЭТО

- 1) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте
- 2) злокачественное образование кости
- 3) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения*
- 4) злокачественная опухоль хрящевого происхождения
- 5) рахитоподобное заболевание

40. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ВЫРАЖАЮТСЯ

- 1) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами*

- 2) искривлением конечностей типа пастушьей палки
- 3) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления
- 4) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах
- 5) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов

41. ОТНОСЯТСЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОПДРОДИСПЛАЗИИ

- 1) зоны роста не расширены
- 2) эпифизы имеют нормальный вид
- 3) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены*
- 4) резко склерозированы кости основания черепа
- 5) овальные очаги разрежения штампованной формы, "луковичный" периостит

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 6.6. Комбинированные поражения у детей (практическое занятие).

Цель: овладение знаний ординаторами вопросов - Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений новорожденных..

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков(пальпация живота, выявление симптомов острого аппендицита)

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик Е., 8 лет, пострадал в результате дорожно-транспортного происшествия (сбит машиной), поступил приблизительно через 1 час после травмы. Общее состояние ребёнка очень тяжёлое, в сознании, вялый, правильно отвечает на вопросы. Кожные покровы бледно-серые, холодные, пальцы кистей, стоп с цианотическим оттенком. Язык сухой. Дыхание справа значительно ослаблено, слева проводится хорошо,

имеется притупление тона при перкуссии грудной стенки справа от пятого межреберья и ниже. ЧД- 24-26 в минуту, ЧСС – 116 в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот вздут незначительно, болезненный при пальпации во всех отделах, больше справа, имеются положительные перитонеальные симптомы, щадит живот при дыхании. Границы печени и селезенки не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физические отправления не нарушены. По катетеру из мочевого пузыря получена светлая, прозрачная моча. На границе брюшной и грудной стенок справа по боковой поверхности имеется обширный участок осаднения кожи, а также ссадины, гематомы на конечностях. В общем анализе крови гемоглобин 99 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемокрит – 30%. При УЗИ брюшной полости определяется свободная жидкость под печенью и диафрагмой – до 100 мл; множественные контузионные очаги в печени. По УЗИ грудной клетки – в правой плевральной полости свободная жидкость до верхнего края лопатки.

Контрольные вопросы

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Биомеханизм травмы?
- 3) Классификация повреждений?
- 4) Дополнительные методы диагностики?
- 5) Тактика? Лечение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 9) Виды повреждений органов брюшной полости у детей.
- 10) Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов брюшной полости.
- 11) Повреждения паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочная железа). Диагностика. Принципы лечения.
- 12) Повреждения полых органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, брыжейка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка). Диагностика. Принципы лечения.

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

- 7) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
- 8) выраженные симптомы раздражения брюшины*
- 9) симптом "Ваньки - встаньки"
- 10) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически*
- 11) отсутствие перистальтики*
- 12) симптом исчезновения печеночной тупости*

2. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 7) "Френикус"- симптом*
- 8) сильные опоясывающие боли
- 9) укорочение перкуторного звука в левой половине живота*
- 10) слабый симптом Щеткина-Блюмберга*
- 11) лейкоцитоз*
- 12) снижение артериального давления*

3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 8) Ангиографию*
- 9) лапароцентез или лапароскопию*
- 10) УЗИ
- 11) Пневмоперитонеум*
- 12) измерение артериального давления
- 13) обзорную рентгенографию брюшной полости*

14) пневмоирригографию*

4. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- б) явления посттравматического шока*
- 7) положительный френкиус-симптом
- 8) болезненность и слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье*
- 9) свободный газ в брюшной полости
- 10) укорочение перкуторного звука в правом боковом канале*

положительный симптом Пастернацкого

Травма грудной клетки

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Виды повреждений органов грудной полости у детей.
- 2) Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов грудной клетки.
- 3) Повреждения легких. Диагностика. Принципы лечения.
- 4) Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и принципы лечения в возрастном аспекте.
- 5) Повреждения органов средостения. Диагностика. Принципы лечения.
- 6) Торакоскопическая хирургия у детей.

Тестовый контроль:

1. ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- 2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- 3) с противошоковой целью ввести наркотики
- 4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- 5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза*

2. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей*
- 2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- 3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- 4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- 5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

3. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- б) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
- 7) с помощью корсетов
- 8) оперативное лечение
- 9) одномоментную реклинацию и корсет
- 10) не требует лечения

4. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1) черепно-мозговая травма
- 2) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей*
- 3) повреждения позвоночника и таза
- 4) повреждения таза и верхних конечностей
- 5) повреждения верхних и нижних конечностей

5. ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) падение с высоты и огнестрельные ранения
- 2) автотравма и падение с высоты*
- 3) синдром опасного обращения с детьми
- 4) огнестрельные ранения

5) рельсовая травма

6. ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей
- 2) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов
- 3) повреждения таза и конечностей
- 4) повреждения конечностей
- 5) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов*

7. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 6) состояние жизненно важных функций*
- 7) степень кровотечения
- 8) болевая ирритация
- 9) коматозное состояние
- 10) степень шока

8. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО – ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 6) разрыв печени и диафрагмы
- 7) разрыв диафрагмы
- 8) ушиб сердца
- 9) открытый пневмоторакс
- 10) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого*

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Раздел 7. Онкология детского возраста.

Тема 7.1.: Доброкачественные опухоли у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаниями следующих заболеваний - Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты.

Задачи: - рассмотреть пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты

- обучить методам диагностики

- изучить методы лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты . Клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

В возрасте пяти дней отмечено значительное ухудшение состояния ребёнка, выражен токсикоз, температура тела 38,6°C, не сосет. Правая половина лица и подчелюстная область отёчны. Мягкие ткани деревянистой плотности, кожа гиперемирована, горячая на ощупь. Со стороны ротовой полости отмечается значительный отёк подъязычной области, приводящей к отклонению языка влево.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился от I беременности, протекавшей с токсикозом, в родах раннее излитие околоплодных вод, начинающаяся асфиксия плода. Ребёнок родился весом 2500 г, в асфиксии, закричал после отсасывания слизи из ротовой полости и введения в сосуды пуповины растворов соды и глюкозы.

В общем анализе крови: лейкоциты – $17 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 55%, лимфоциты - 14%, моноциты - 19%, СОЭ - 8 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *АФО детского организма, предрасполагающие к течению заболевания?*
3. *Методы обследования?*
4. *Дифференциальный диагноз?*
5. *Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Пигментные опухоли
 - 2) Папиллома, бородавки, контагиозный моллюск. Клиника, диагностика, лечение
 - 3) Гемангиомы и лимфангиомы. Клиническая классификация, диагностика, виды лечения
 - 4) Придатки лица и шеи. Гинекомастия. Ранула
 - 5) Фунгус пупка. Клиника, диагностика. лечение
 - 6) Дермоидные кисты. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения
 - 7) Кисты и свищи шеи. Клиника, диагностика, лечение
 - 8) Сухожильный ганглион, гигрома, киста Беккера
 - 9) Прием больных
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать правильный ответ

1. ЗАКУПОРКА ПРОСВЕТА САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ:
 - 1) Атеромы*
 - 2) Фибромы
 - 3) Тератомы
 - 4) Невуса
 - 5) Дермоидной кисты
2. ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОМЫ
 - 1) Гормональное
 - 2) Иссечение*
 - 3) Склерозирование
 - 4) Полихимиотерапия
 - 5) Комбинированное
3. ЛИПОМА – ЭТО
 - 1) Доброкачественное образование из жировой ткани*
 - 2) Злокачественное образование из жировой ткани
4. ДЕТИ С ЕДИНИЧНЫМИ ФИБРОМАМИ НУЖДАЮТСЯ В

- 1) Иссечения фибромы*
 - 2) Системной терапии
 - 3) Медико-генетическом консультировании
 - 4) Санаторно-курортном лечении
5. К ПИГМЕНТНЫМ ПЯТНАМ ОТНОСЯТСЯ
- 1) Пограничный невус*
 - 2) Смешанный невус*
 - 3) Юношеская меланома*
 - 4) Первичная меланома
 - 5) Голубой невус*
 - 6) Монголоидные пятна*
 - 7) Лентиго*
6. О МАЛИГНИЗАЦИИ НЕВУСА МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ
- 1) Увеличение невуса*
 - 2) «отсевы»*
 - 3) Реакция региональных лимфоузлов*
 - 4) Синдром общей опухолевой интоксикации
7. СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ – ЭТО
- 1) Нагноившаяся атерома
 - 2) Необлитерированный щитовидно-подъязычный проток*
 - 3) Предраковое заболевание
 - 4) Вариант гигромы
8. ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- 1) Санации воспалительного процесса
 - 2) Иссечения со свищом и перешейком подъязычной кости*
 - 3) Склерозировании
 - 4) Гормонотерапии
 - 5) Полихимиотерапии + операции
9. БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ СООБЩАЕТСЯ С
- 1) Трахеей
 - 2) Пищеводом
 - 3) Полостью рта*
 - 4) Со срединной кистой
10. ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ
- 1) У дна полости рта*
 - 2) В реберно-грудинном сочленении*
 - 3) В области слуховой раковины
 - 4) На передней поверхности шеи
11. ПРИ НАГНОЕНИИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ
- 1) 2 недели
 - 2) 1 месяц
 - 3) 2 месяца
 - 4) 3 месяца
 - 5) 6 месяцев*
 - 6) 1 год
12. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ГИГРОМЫ В ОБЛАСТИ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ ДОПУСТИМА СЛЕДУЮЩАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА:
- 1) Экстренное оперативное лечение
 - 2) Пункционное склерозирующее лечение*
 - 3) Гормональная терапия
 - 4) Лазерная коагуляция
 - 5) Короткофокусное рентгеновское облучение

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

-М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.

Тема 7.2. Опухоли костей у детей (семинарское занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний этиологии, классификации, диагностики, способы показанного лечения различных форм патологии.

Задачи: - рассмотреть этиологию, классификацию, диагностику, способы показанного лечения различных форм патологии.

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить истории болезни пациентов с данной патологией

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения сосудистых опухолей и мальформации, лимфом и опухолей костей

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, вопросами диспансеризации больных

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Клиника, диагностика, лечение гемангиом у детей. Клиника, диагностика, лечение лимфангиом у детей. Ангиодисплазии и пороки развития вен, синдром Паркса-Вебера, синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение.

2. **Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К. 14 лет, доставлен в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в правом бедре и правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что болен в течение 1,5 лет, связывает начало заболевания с травмой коленного сустава 2 года назад, когда на тренировке ушиб правый коленный сустав. 1,5 года назад появилась незначительная болезненность в правом коленном суставе, не связанная с физической нагрузкой, нарушился сон. Шесть месяцев назад появилась припухлость правого коленного сустава, боли усилились. Три дня назад поднялась температура до 37,5°C, ночью плохо спит, беспокоят боли в покое в правом коленном суставе, появилась пастозность мягких тканей нижней трети бедра. Дома самостоятельно принимал аспирин, боли не купировались. Локально: правое бедро в нижней трети увеличено в объеме, на фоне бледных кожных покровов выражена подкожная венозная сеть. Активные и пассивные движения в коленном суставе ограничены, болезненны. Походка нарушена – “хромает на правую ногу”. Пальпация и перкуссия правого бедра и голени болезненна. Нагрузка по оси безболезненная. Проведена рентгенография правого бедра с захватом коленного сустава: определяется остеопароз костной ткани бедра и симптом “козырька” в метафизарной зоне.

Контрольные вопросы

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез заболевания?

3) Классификация?

4) Дополнительные методы диагностики?

5) Принципы лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1.Ангиодисплазии. Пороки развития поверхностных и глубоких вен. Синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение

2.Врожденные венозные аневризмы. Синдром Паркса-Вебера-Рубашева. Капиллярные дисплазии. Клиника, диагностика, лечение

3.Пороки развития лимфатических сосудов. Лимфангиома. Клиника, диагностика, лечение

4.Доброкачественные сосудистые опухоли. Гемангиомы наружных и внутренних локализаций. Классификация, клиника, диагностика, лечение

5.Доброкачественные опухоли мягких тканей (атерома, липома, фиброма). Дермоидные кисты, кисты шеи, пигментные пятна (невусы). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. К СОСУДИСТЫМ ДИСПЛАЗИЯМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Капиллярные гемангиомы
- 2) Плоские ангиомы*
- 3) Медиальные пятна*
- 4) Ветвистые гемангиомы
- 5) Кавернозные гемангиомы
- 6) «Винные» пятна*
- 7) Пиогенные гранулемы*

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫБЕРИТЕ ТЕ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ «ГУБКИ»:

- 1) Капиллярная гемангиома
- 2) Кавернозная гемангиома*
- 3) Кистозная лимфангиома
- 4) Слоновость
- 5) Ангиоматоз поверхностных вен*
- 6) Телеангиэктазии
- 7) Плоские ангиомы

3. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ

- 1) Хирургическое иссечение
- 2) Короткофокусная рентгенотерапия
- 3) Склерозирующая терапия
- 4) Криотерапия
- 5) Электрокоагуляция
- 6) СВЧ-криотерапия*
- 7) Эндоваскулярная окклюзия*
- 8) Преднизолонотерапия

4. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К САМОИЗЛЕЧЕНИЮ ДВА

- 1) Капиллярные гемангиомы*
- 2) Кавернозные гемангиомы
- 3) Ветвистые гемангиомы
- 4) Кавернозные лимфангиомы
- 5) Кистозные лимфангиомы
- 6) Плоские ангиомы
- 7) «Винные» пятна
- 8) Телеангиэктазии*
- 9) Ангиоматозы

5. ДИСПЛАЗИЮ КАКИХ СОСУДОВ НАЗЫВАЮТ СИНДРОМОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ?

- 1) Глубоких вен*
- 2) Поверхностных вен
- 3) Артерий
- 4) Артерий и вен

- 5) Лимфатических сосудов
- 6) Капилляров
 6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКСА-ВЕБЕРА
 - 1) Ночными болями
 - 2) Резким увеличением длины и объема конечности*
 - 3) Резким увеличением объема конечности
 - 4) Варикозным расширением вен*
 - 5) Ангиоматозными разрастаниями
 - 6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации*
 - 7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
 - 8) Пульсацией расширенных вен*
 - 9) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру
 7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ
 - 1) Ночными болями
 - 2) Резким увеличением длины и объема конечности
 - 3) Резким увеличением объема конечности*
 - 4) Варикозным расширением вен*
 - 5) Ангиоматозными разрастаниями*
 - 6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
 - 7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
 - 8) Пульсацией расширенных вен
 - 9) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру*
 8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛОНОВОСТЬ КОНЕЧНОСТЕЙ
 - 1) Ночными болями
 - 2) Резким увеличением длины и объема конечности
 - 3) Резким увеличением объема конечности*
 - 4) Варикозным расширением вен
 - 5) Ангиоматозными разрастаниями
 - 6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
 - 7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков
 9. АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
 - 1) Болями за грудиной
 - 2) Трофическими расстройствами волос на голове
 - 3) Гиперкаротозами губ
 - 4) Выслушиванием сосудистых шумов в области вен
 - 5) Синдромом верхней полой вены
 - 6) Появлением сосудистых образований кнутри от кивательной мышцы при натуживании*
 - 7) Кровотечениями

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.3. Нейрогенные опухоли у детей (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний клиники, диагностики, лечения нейро- и лимфогенных опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства, тератомы.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников.

- обучить методам диагностики онкологических больных

- изучить нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Клиника, диагностика, лечение опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная М., поступила 27.06.01г с жалобами на боли в животе, метеоризм и затруднение дефекации. Считает себя больной в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что заболевание началось с адинамии, отсутствия аппетита, похудания, дисфункции кишечника, проявляющейся учащением акта дефекации (3-4 раза в сутки) с жидким стулом и примесью слизи, эпизодически чередующимся с запорами. Лечение симптоматическими средствами было неэффективным.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые, бледные. Язык влажный, обложен белым налётом. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области, при глубокой пальпации в илеоцекальном углу определяется опухолевидное образование продолговатой формы, плотной консистенции, малоподвижное, размером 12×8 см. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула прямой кишки пустая, патологические образования не определяются. Диурез не нарушен. Стул после клизмы скудный. Общий анализ крови: Нв 73 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

6) *Ваш диагноз?*

7) *Классификация?*

8) *Методы обследования?*

9) *Дифференциальная диагностика?*

10) *Методы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

9) Опухоли и кисты печени. Клиника, диагностика, лечение

10) Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение

11) Опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника. Клиника, диагностика, лечение

12) Кисты брюшной полости. Клиника, диф.диагностика, лечение

13) Опухоли почек. Виды, клиника, диагностика, лечение

14) Опухоли надпочечников. Клиника, диагностика, лечение

15) Нейрогенные и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства

16) Тератомы забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

13. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ
- 1) Экскреторная урография*
 - 2) Микционная цистоуретрография
 - 3) УЗИ почек*
 - 4) Исследование экскреции катехоламинов с мочой
 - 5) Термография
 - 6) Рентгеновская компьютерная томография*
 - 7) Магнитно-резонансная компьютерная томография*
14. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С:
- 1) Гормональной терапии
 - 2) Лучевой терапии
 - 3) Операции
 - 4) Полихимиотерапии*
 - 5) Дезинтоксикационной терапии
15. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ:
- 1) Интраоперационном разрыве опухоли*
 - 2) Кровоточивости ложа опухоли
 - 3) II стадии
 - 4) III стадии*
 - 5) Множественных метастазах в легких
16. НЕЙРОБЛАСТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ:
- 1) Вещества головного мозга
 - 2) Задних рогов спинного мозга
 - 3) Пейеровых бляшек
 - 4) Пограничного симпатического ствола*
 - 5) Парасимпатических ганглиев
17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ
- 1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - 2) Определения уровня альфа-фетопротеина в крови
 - 3) Исследование экскреции катехоламинов с мочой*
 - 4) Скенирование печени
 - 5) Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата*
18. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЛУЧШЕ ПРОГНОЗ
- 1) Нефробластоме*
 - 2) Нейробластоме
19. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМЕ
- 1) Хирургический
 - 2) Химиотерапия
 - 3) Лучевая терапия
 - 4) Лучевая терапия + полихимиотерапия*
20. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
- 1) Перелом копчика в результате родовой травмы
 - 2) Хромосомные aberrации
 - 3) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
 - 4) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *
21. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ
- 1) Нижние конечности
 - 2) Верхние конечности
 - 3) Лицо
 - 4) Крестцово-копчиковая область*
 - 5) Селезенка
 - 6) Кишечник
 - 7) Половые железы*

22. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

- 1) Наличие опухоли*
- 2) Гемигипертрофия
- 3) Синдром Горнера
- 4) Нарушение мочеиспускания и дефекации*
- 5) Гипертермия

23. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1) Эхоэнцефалография
- 2) Ректальное исследование*
- 3) Пальпация живота под наркозом
- 4) Обзорная рентгенография брюшной полости
- 5) Рентгеновская компьютерная томография*

24. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОГРАММУ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1) Антибактериальная терапия
- 2) Физиотерапия
- 3) Полихимиотерапия*
- 4) Оперативное удаление опухоли*
- 5) Склерозирующая терапия
- 6) Рентгенотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

-М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.4. Опухоли брюшной полости у детей (семинарское занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников.

- обучить методам диагностики онкологических больных

- изучить нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Клиника, диагностика, лечение опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

2.Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная М., поступила 27.06.01г с жалобами на боли в животе, метеоризм и затруднение дефекации.

Считает себя больной в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что заболевание началось с адинамии,

отсутствия аппетита, похудания, дисфункции кишечника, проявляющейся учащением акта дефекации (3-4 раза в сутки) с жидким стулом и примесью слизи, эпизодически чередующимся с запорами. Лечение симптоматическими средствами было неэффективным.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые, бледные. Язык влажный, обложен белым налётом. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области, при глубокой пальпации в илеоцекальном углу определяется опухолевидное образование продолговатой формы, плотной консистенции, малоподвижное, размером 12×8 см. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула прямой кишки пустая, патологические образования не определяются. Диурез не нарушен. Стул после клизмы скудный. Общий анализ крови: Нв 73 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 14×10^9 /л, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

- 11) Ваш диагноз?
- 12) Классификация?
- 13) Методы обследования?
- 14) Дифференциальная диагностика?
- 15) Методы лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 17) Опухоли и кисты печени. Клиника, диагностика, лечение
 - 18) Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение
 - 19) Опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника. Клиника, диагностика, лечение
 - 20) Кисты брюшной полости. Клиника, диф.диагностика, лечение
 - 21) Опухоли почек. Виды, клиника, диагностика, лечение
 - 22) Опухоли надпочечников. Клиника, диагностика, лечение
 - 23) Нейрогенные и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства
 - 24) Тератомы забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

25. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ

- 1) Экскреторная урография*
- 2) Микционная цистоуретрография
- 3) УЗИ почек*
- 4) Исследование экскреции катехоламинов с мочой
- 5) Термография
- 6) Рентгеновская компьютерная томография*
- 7) Магнитно-резонансная компьютерная томография*

26. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С:

- 1) Гормональной терапии
- 2) Лучевой терапии
- 3) Операции
- 4) Полихимиотерапии*
- 5) Дезинтоксикационной терапии

27. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ:

- 1) Интраоперационном разрыве опухоли*
- 2) Кровоточивости ложа опухоли
- 3) II стадии
- 4) III стадии*
- 5) Множественных метастазах в легких

28. НЕЙРОБЛАСТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ:
- 1) Вещества головного мозга
 - 2) Задних рогов спинного мозга
 - 3) Пейеровых бляшек
 - 4) Пограничного симпатического ствола*
 - 5) Парасимпатических ганглиев
29. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ
- 1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - 2) Определения уровня альфа-фетопротеина в крови
 - 3) Исследование экскреции катехоламинов с мочой*
 - 4) Сканнирование печени
 - 5) Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата*
30. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЛУЧШЕ ПРОГНОЗ
- 1) Нефробластоме*
 - 2) Нейробластоме
31. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМЕ
- 1) Хирургический
 - 2) Химиотерапия
 - 3) Лучевая терапия
 - 4) Лучевая терапия + полихимиотерапия*
32. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
- 1) Перелом копчика в результате родовой травмы
 - 2) Хромосомные aberrации
 - 3) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
 - 4) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *
33. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ
- 1) Нижние конечности
 - 2) Верхние конечности
 - 3) Лицо
 - 4) Крестцово-копчиковая область*
 - 5) Селезенка
 - 6) Кишечник
 - 7) Половые железы*
34. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ
- 1) Наличие опухоли*
 - 2) Гемигипертрофия
 - 3) Синдром Горнера
 - 4) Нарушение мочеиспускания и дефекации*
 - 5) Гипертермия
35. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
- 1) Эхоэнцефалография
 - 2) Ректальное исследование*
 - 3) Пальпация живота под наркозом
 - 4) Обзорная рентгенография брюшной полости
 - 5) Рентгеновская компьютерная томография*
36. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОГРАММУ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
- 1) Антибактериальная терапия
 - 2) Физиотерапия
 - 3) Полихимиотерапия*
 - 4) Оперативное удаление опухоли*
 - 5) Склерозирующая терапия
 - 6) Рентгенотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.

Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.5. Злокачественные лимфомы, опухоли костей, герминогенные опухоли (практическое занятие)

Цель: овладение ординаторами знаний этиологии, классификации, диагностики, способы показанного лечения различных форм патологии.

Задачи: - рассмотреть этиологию, классификацию, диагностику, способы показанного лечения различных форм патологии.

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить истории болезни пациентов с данной патологией

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения сосудистых опухолей и мальформации, злокачественных лимфом.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, вопросами диспансеризации больных

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

3. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Клиника, диагностика, лечение гемангиом у детей. Клиника, диагностика, лечение лимфангиом у детей. Ангиодисплазии и пороки развития вен, синдром Паркса-Вебера, синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение.

4. **Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К. 14 лет, доставлен в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в правом бедре и правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что болен в течение 1,5 лет, связывает начало заболевания с травмой коленного сустава 2 года назад, когда на тренировке ушиб правый коленный сустав. 1,5 года назад появилась незначительная болезненность в правом коленном суставе, не связанная с физической нагрузкой, нарушился сон. Шесть месяцев назад появилась припухлость правого коленного сустава, боли усилились. Три дня назад поднялась температура до 37,5°C, ночью плохо спит, беспокоят боли в покое в правом коленном суставе, появилась пастозность мягких тканей нижней трети бедра. Дома самостоятельно принимал аспирин, боли не купировались. Локально: правое бедро в нижней трети увеличено в объеме, на фоне бледных кожных покровов выражена подкожная венозная сеть. Активные и пассивные движения в коленном суставе ограничены, болезненны. Походка нарушена – “хромает на правую ногу”. Пальпация и перкуссия правого бедра и голени болезненна. Нагрузка по оси безболезненная. Проведена рентгенография правого бедра с захватом коленного сустава: определяется остеопароз костной ткани бедра и симптом “козырька” в метафизарной зоне.

Контрольные вопросы

6) Ваш диагноз?

7) Этиология и патогенез заболевания?

8) Классификация?

9) Дополнительные методы диагностики?

10) Принципы лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1.Ангиодисплазии. Пороки развития поверхностных и глубоких вен. Синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение
 - 2.Врожденные венозные аневризмы. Синдром Паркса-Вебера-Рубашева. Капиллярные дисплазии. Клиника, диагностика, лечение
 - 3.Пороки развития лимфатических сосудов. Лимфангиома. Клиника, диагностика, лечение
 - 4.Доброкачественные сосудистые опухоли. Гемангиомы наружных и внутренних локализаций. Классификация, клиника, диагностика, лечение
 - 5.Доброкачественные опухоли мягких тканей (атерома, липома, фиброма). Дермоидные кисты, кисты шеи, пигментные пятна (невусы). Клиника, диагностика, лечение
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

10. К СОСУДИСТЫМ ДИСПЛАЗИЯМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:
 - 8) Капиллярные гемангиомы
 - 9) Плоские ангиомы*
 - 10) Медиальные пятна*
 - 11) Ветвистые гемангиомы
 - 12) Кавернозные гемангиомы
 - 13) «Винные» пятна*
 - 14) Пиогенные гранулемы*
11. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫБЕРИТЕ ТЕ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ «ГУБКИ»:
 - 8) Капиллярная гемангиома
 - 9) Кавернозная гемангиома*
 - 10) Кистозная лимфангиома
 - 11) Слоновость
 - 12) Ангиоматоз поверхностных вен*
 - 13) Телеангиэктазии
 - 14) Плоские ангиомы
12. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ
 - 9) Хирургическое иссечение
 - 10) Короткофокусная рентгенотерапия
 - 11) Склерозирующая терапия
 - 12) Криотерапия
 - 13) Электрокоагуляция
 - 14) СВЧ-криотерапия*
 - 15) Эндоваскулярная окклюзия*
 - 16) Преднизолонотерапия
13. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К САМОИЗЛЕЧЕНИЮ ДВА
 - 10) Капиллярные гемангиомы*
 - 11) Кавернозные гемангиомы
 - 12) Ветвистые гемангиомы
 - 13) Кавернозные лимфангиомы
 - 14) Кистозные лимфангиомы
 - 15) Плоские ангиомы
 - 16) «Винные» пятна
 - 17) Телеангиэктазии*
 - 18) Ангиоматозы
14. ДИСПЛАЗИЮ КАКИХ СОСУДОВ НАЗЫВАЮТ СИНДРОМОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ?
 - 7) Глубоких вен*

- 8) Поверхностных вен
- 9) Артерий
- 10) Артерий и вен
- 11) Лимфатических сосудов
- 12) Капилляров

15. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКСА-ВЕБЕРА

- 10) Ночными болями
- 11) Резким увеличением длины и объема конечности*
- 12) Резким увеличением объема конечности
- 13) Варикозным расширением вен*
- 14) Ангиоматозыми разрастаниями
- 15) Систоло-диастолическим шумом при аускультации*
- 16) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
- 17) Пульсацией расширенных вен*
- 18) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ

- 10) Ночными болями
- 11) Резким увеличением длины и объема конечности
- 12) Резким увеличением объема конечности*
- 13) Варикозным расширением вен*
- 14) Ангиоматозыми разрастаниями*
- 15) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
- 16) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
- 17) Пульсацией расширенных вен
- 18) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру*

17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛОНОВОСТЬ КОНЕЧНОСТЕЙ

- 8) Ночными болями
- 9) Резким увеличением длины и объема конечности
- 10) Резким увеличением объема конечности*
- 11) Варикозным расширением вен
- 12) Ангиоматозыми разрастаниями
- 13) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
- 14) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков

18. АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) Болями за грудиной
- 2) Трофическими расстройствами волос на голове
- 3) Гиперкаротозами губ
- 4) Выслушиванием сосудистых шумов в области вен
- 5) Синдромом верхней полой вены
- 6) Появлением сосудистых образований кнутри от кивательной мышцы при натуживании*
- 7) Кровотечениями

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
 -Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

- И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей.

Тема 8.1: Острая дыхательная недостаточность у детей (семинарское занятие).

Цель изучения темы: изучение ординаторами терминальных состояний у детей. Физиологические и анатомические особенности дыхательной системы у детей. Виды острой дыхательной недостаточности (этиология, клиника, лечение). Кислородотерапия и ИВЛ в лечении ДН.

Задачи: - изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- рассмотреть клинические ситуации больных в ПИТИР, вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- обучить методам диагностики и лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать: АФО детского возраста, проведение посиндромной и парентеральной терапии у детей.

Ординатор должен уметь: определять показания к интенсивной терапии у детей.

Ординатор должен владеть: основными методами и способами проведения интенсивной терапии в детской практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия :

Физиологические и анатомические особенности дыхательной системы у детей.

1) Виды острой дыхательной недостаточности (этиология, клиника, лечение).

2) Кислородотерапия и ИВЛ в лечении ДН.

3) Курация больных в ПИТИР.

4) Разбор клинических случаев.

5) Респираторная поддержка.

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Решение задач. Чтение рентгенограмм.
- Принятие правильного тактического решения.
- Разбор клинических ситуаций.
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Женщина из соседнего купе в поезде сообщает Вам, что ее трехлетний ребенок во время приема пищи закашлялся, посинел, лежит на полу без сознания. Вы спешите на помощь.

Задание. Проведите диагностику состояния ребенка. Какими методами восстановления проходимости дыхательных путей Вы можете воспользоваться? Какова последовательность Ваших действий при проведении реанимационных мероприятий? С какой частотой Вы будете проводить искусственную вентиляцию легких и компрессии грудной клетки этому ребенку? Как оценить эффективность реанимационных мероприятий? Сколько времени Вы будете проводить реанимацию этого ребенка.

Ответы:

Асфиксия (инородное тело дыхательных путей)

30 вдохов и 100- 130 сокращений сердца

Эффективность по экскурсии грудной клетки во время ИВЛ, пульсация шейных и бедренных сосудов при компрессии грудной клетки

30 минут

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Физиологические и анатомические особенности дыхательной и сердечно-сосудистой систем у детей

2. Виды острой дыхательной недостаточности (этиология, клиника, лечение)
3. Кислородотерапия и ИВЛ в лечении ДН
4. Нарушения гемодинамики и сердечно-сосудистая недостаточность (этиология, клиника, лечение)

-синдром малого сердечного выброса
 -нарушения ритма, тахикардия, брадикардия
 -изменения АД
 -коллапс

-правожелудочковая недостаточность

-левожелудочковая недостаточность

5. использование инотропных и кардиотрофных препаратов
6. Терминальные состояния (предагония, агония, клиническая смерть).

Патофизиология терминальных состояний (ТС).

7. Клинические проявления ТС.
8. Терапия ТС.
9. Шок.Патофизиология, клинические проявления и терапия различных видов шока.

-гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, ангидремический и др.)

-распределительный шок (септический, анафилактический)

-кардиогенный (тяжёлые аритмии, ИМ, миокардиты)

-обструктивный (эмболии ЛА)

10.Комы (Общая характеристика, шкала Глазго, диабетические комы, печеночная, почечная комы и др.)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сужением зрачков
- 2) возбуждением
- 3) брадипноэ, апноэ
- 4) нарушением внутрисердечной проводимости
- 5) артериальной гипотензией
- 6) полной или частичной комой

2.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВИТСЯ

- 1) сужением зрачков
- 2) возбуждением
- 3) галлюцинациями
- 4) судорогами
- 5) полной или частичной комой
- 6) дыхательной недостаточностью

3.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)расширением зрачков
- 2)возбуждением
- 3)галлюцинациями
- 4)судорогами
- 5)брадипноэ, апноэ
- 6)нарушением внутрисердечной проводимости
- 7)полной или частичной комой
- 8)дыхательной недостаточностью

4.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сужением зрачков
- 2) галлюцинациями
- 3) брадипноэ, апноэ
- 4) артериальной гипотензией
- 5) артериальной гипертензией
- 6) полной или частичной комой
- 7) отёком лёгких

5.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расширением зрачков
- 2) возбуждением
- 3) галлюцинациями
- 4) судорогами

- 5) брадикардией
- 6) нарушением внутрисердечной проводимости
- 7) артериальной гипотензией

6. ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями

7. ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями

8. ОТРАВЛЕНИЕ САЛИЦИЛАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями

9. ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями

10. ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями
- 7) отёком лёгких

11. ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями

12. ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвотой
- 2) болями в животе
- 3) гепатомегалией
- 4) брадикардией
- 5) тахикардией
- 6) лёгочными осложнениями
- 7) отёком лёгких

13. ДЕЙСТВИЯ ПРИ УКУСЕ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ И НАСЕКОМЫХ

- 1) введение специфических сывороток
- 2) циркулярная новокаиновая блокада выше места укуса
- 3) внутривенное введение тримеперидина, дифенгидрамина, антибиотиков
- 4) обкладывание конечности льдом

- 5) промывание ранки 1% раствором перманганата калия
- 6) инъекция в ранку 0,3 мл 0,1% раствора эпинефрина
- 7) иммобилизация конечности
- 8) наложение жгута
- 9) новокаиновая блокада краёв раны
- 10) полуспиртовой компресс

14. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) сердечные гликозиды
- 2) периферические вазодилататоры
- 3) салуретики
- 4) осмодиуретики
- 5) в-адреноблокаторы
- 6) ганглиоблокаторы
- 7) инотропы (синтетические катехоламины)
- 8) ИВЛ

Укажите один правильный ответ

15. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

- 1) α_1 -рецепторы
- 2) β_1 -рецепторы
- 3) β_2 -рецепторы

Укажите несколько правильных ответов

16. НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА (ШУНТА БЛЭЛОКА—ТАУССИГ) ТРЕБУЮТ

- 1) тетрада Фалло
- 2) атриовентрикулярный канал
- 3) атрезия лёгочной артерии
- 4) аномалия Эбштейна
- 5) аномальный дренаж лёгочных вен

17. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) коронарная перфузия правого и левого желудочков осуществляли и только во время диастолы
- 2) коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100 г
- 3) потребность миокарда в кислороде восполняется за счёт усиления экстракции в зоне коронарных артерий
- 4) в основном питание синусного и атриовентрикулярного узлов осуществляется за счёт правой коронарной артерии

18. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) при снижении частоты сердечных сокращений до 45 в минуту и ниже
- 2) при наличии признаков плохой периферической перфузии
- 3) изначально использованием блокаторов кальциевых каналов
- 4) при её сочетании с мультифокальными эктопическими желудочковыми сокращениями

19. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1) острым инфарктом нижней стенки миокарда
- 2) высокой симпатической блокадой
- 3) применением наркотических препаратов
- 4) гипоксией
- 5) избыточным давлением на диафрагму
- 6) тетрада Фалло

Укажите один правильный ответ

20. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) высокочастотную ИВЛ
- 2) оксигенотерапию
- 3) постоянное положительное давление на выдохе
- 4) гипербарическую оксигенацию
- 5) гелий-кислородную смесь

20. ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) респираторный ацидоз
- 2) метаболический ацидоз
- 3) метаболический алкалоз
- 4) респираторный алкалоз

Эталоны правильных ответов:

Вопрос	ответ	Вопрос	ответ
1.	13	12.	235
2.	1456	13.	14567
3.	1234678	14.	1378
4.	1346	15.	2
5.	1247	16.	13
6.	156	17.	24
7.	146	18.	24
8.	12356	19.	12345
9.	14	20.	3
10.	123467	21.	3
11.	125		

Рекомендуемая

Основная:

- М.П. Разин. Детская для медицинских Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Учебник для М.: «ГЭОТАР-с.

Дополнительная:

-Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.

-Реанимация новорожденных: Учебное пособие / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

Тема 8.2: Острые нарушения кровообращения у детей (семинарское занятие).

Цель изучения темы: изучение ординаторами знаний терминальных состояний у детей Физиологические и анатомические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Виды острой сердечно-сосудистой недостаточности (этиология, клиника, лечение).

Задачи: - изучить общие положения реанимации у детей

- рассмотреть способы сердечно-легочной реанимации у детей, клинические ситуации больных в ПИТИР, вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- обучить методам догоспитальной и госпитальной реанимации

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать: АФО детского возраста, проведение посиндромной и парентеральной терапии у детей, виды, способы, методы детской сердечно-сосудистой реанимации.

Ординатор должен уметь: оказывать реанимационную помощь детям, определять показания к интенсивной терапии у детей.

Ординатор должен владеть: навыками определения показаний к различным видам реанимационной помощи в детской практике, основными методами и способами проведения интенсивной терапии в детской практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия :

1.АФО сердечно-сосудистой системы у детей

2.Нарушения гемодинамики и сердечно-сосудистая недостаточность (этиология, клиника, лечение)

-синдром малого сердечного выброса

-нарушения ритма, тахикардия, брадикардия

-изменения АД

-коллапс

-правожелудочковая недостаточность

-левожелудочковая недостаточность

3.Использование инотропных и кардиотрофных препаратов

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Разбор клинических случаев.

литература:

хирургия. Учебник вузов. М.: «ГЭОТАР-

Детская хирургия. медицинских вузов. Медиа», 2014. - 1040

- Принятие правильного тактического решения.
- Разбор клинических ситуаций.
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У ребенка 7 лет, находящегося на стационарном лечении по поводу острого гематогенного остеомиелита, внезапно резко ухудшилось состояние. Сознание soporозное. Лежит неподвижно. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, покрыты холодным потом. Черты лица заострились. Носогубный треугольник - цианотичен. Глазные яблоки впавшие, зрачки расширены, реакция их на свет вялая. Дыхание учащено, поверхностное. Пульс частый, слабого наполнения и напряженности. АД и ЦВД снижены, тоны сердца приглушены.

Задание. Поставьте диагноз. Объясните механизм нарушений кровообращения. Назначьте лечение.

Ответы:

Острая сосудистая недостаточность. Коллапс, Нарушения гемодинамики обусловлены депонированием крови и уменьшением объема сосудистого русла, что резко уменьшает кровообращение в ЦНС и сердце. Подобные нарушения гемодинамики связаны с воздействием токсинов и вазоактивных аминов на сосудодвигательный центр. Лечение: возвышенное положение нижних конечностей, переливание внутривенно струйно растворов увеличивающих ОЦК: плазма, -* альбумин, полиглюкин. Препараты обладающие вазопрессорным эффектом, эфедрин, мезатон, норадrenalин. Препараты и терапия, направленная на выход секвестрированной крови в сосудистое русло: глюкозо-новокаиновая смесь, реополиглюкин, физ. раствор. Целесообразно при сохраняющейся артериальной гипотонии пользоваться кордиамином или кофеином.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

Физиологические и анатомические особенности сердечно-сосудистой систем у детей

Виды острой сердечной недостаточности (этиология, клиника, лечение)

Нарушения гемодинамики и сердечно-сосудистая недостаточность (этиология, клиника, лечение)

-синдром малого сердечного выброса

-нарушения ритма, тахикардия, брадикардия

-изменения АД

-коллапс

-правожелудочковая недостаточность

-левожелудочковая недостаточность

Использование инотропных и кардиотрофных препаратов

Терминальные состояния (предагония, агония, клиническая смерть).

Патофизиология терминальных состояний (ТС).

Клинические проявления ТС.

Терапия ТС.

Шок.Патофизиология, клинические проявления и терапия различных видов шока.

-гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, ангидремический и др.)

-распределительный шок (септический, анафилактический)

-кардиогенный (тяжёлые аритмии, ИМ, миокардиты)

-обструктивный (эмболии ЛА)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Укажите один правильный ответ

15.ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

1. α_1 -рецепторы

2. β_1 -рецепторы

3. β_2 -рецепторы

Укажите несколько правильных ответов

16. НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА (ШУНТА БЛЭЛОКА—ТАУССИГ) ТРЕБУЮТ

2. тетрада Фалло
3. атриовентрикулярный канал
4. атрезия лёгочной артерии
5. аномалия Эбштейна

4. аномальный дренаж лёгочных вен

17. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

1. коронарная перфузия правого и левого желудочков осуществляли и только во время диастолы
2. коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100 г
3. потребность миокарда в кислороде восполняется за счёт усиления экстракции в зоне коронарных артерий
4. в основном питание синусного и атриовентрикулярного узлов осуществляется за счёт правой коронарной артерии

18. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

1. при снижении частоты сердечных сокращений до 45 в минуту и ниже
2. при наличии признаков плохой периферической перфузии
3. изначально использованием блокаторов кальциевых каналов
4. при её сочетании с мультифокальными эктопическими желудочковыми сокращениями

19. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

1. острым инфарктом нижней стенки миокарда
2. высокой симпатической блокадой
3. применением наркотических препаратов
4. гипоксией
5. избыточным давлением на диафрагму
6. тетрада Фалло

Укажите один правильный ответ

20. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. высокочастотную ИВЛ
2. оксигенотерапию
3. постоянное положительное давление на выдохе
4. гипербарическую оксигенацию
5. гелий-кислородную смесь

20 ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

1. респираторный ацидоз
2. метаболический ацидоз
3. метаболический алкалоз
4. респираторный алкалоз

Эталоны правильных ответов:

Вопрос	ответ	Вопрос	ответ
1.	13	12.	235
2.	1456	13.	14567
3.	1234678	14.	1378
4.	1346	15.	2
5.	1247	16.	13
6.	156	17.	24

7.	146	18.	24
8.	12356	19.	12345
9.	14	20.	3
10.	123467	21.	3
11.	125		

Рекомендуемая литература:

Основная:

- М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
- Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.

-Реанимация новорожденных: Учебное пособие / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

Тема 8.3: Острая церебральная недостаточность у детей (семинарское занятие).

Цель изучения темы: изучение ординаторами знаний терминальных состояний у детей, изучить лечение шоков и ком в детской практике.

Задачи: - изучить лечение шоков и ком в детской практике.

- рассмотреть способы сердечно-легочной реанимации у детей, клинические ситуации больных в ПИТИР, вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- обучить методам догоспитальной и госпитальной реанимации

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать: АФО детского возраста, проведение посиндромной и парентеральной терапии у детей, виды, способы, методы детской сердечно-сосудистой реанимации.

Ординатор должен уметь: оказывать реанимационную помощь детям, определять показания к интенсивной терапии у детей.

Ординатор должен владеть: навыками определения показаний к различным видам реанимационной помощи в детской практике, основными методами и способами проведения интенсивной терапии в детской практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия :

1. Терминальные состояния (преагония, агония, клиническая смерть).
2. Патофизиология терминальных состояний (ТС).
3. Клинические проявления ТС.
4. Терапия ТС.

5. Шок. Патофизиология, клинические проявления и терапия различных видов шока.

-гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, ангидремический и др.

-распределительный шок (септический, анафилактический)

-кардиогенный (тяжелые аритмии, ИМ, миокардиты)

-обструктивный (эмболии ЛА)

6. Комы (Общая характеристика, шкала Глазго, диабетические комы, печеночная, почечная комы и др.)

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Принятие правильного тактического решения.

Разбор клинических ситуаций.

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У ребенка 3 мес. жизни, находящегося на стационарном лечении по поводу правостороннего пневмонии, в течение 2-х суток прогрессивно ухудшилось состояние. Температура 39-40, сопровождается ознобом. Сознание спутанное, периодически отмечается судорожные подергивания мышц лица, конечностей. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, землистым оттенком, акроцианоз. Одышка увеличилась до 70 в мин. с раздуванием крыльев носа, участием вспомогательной мускулатуры. Тахикардия до 200 уд. в мин, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 60/80 мм рт.ст., ЦВД 2 мм. вод. ст. Олигурия. Отмечается парез желудочно-кишечного тракта, неоднократная рвота. В анализе крови лейкоцитоз 28000 с выраженным нейтрофильным и палочкоядерным сдвигом, тромбоцитопения, токсическое изменение крови, анемия. Лейкоцитарным индекс интоксикации = 7. КОС: рН= 7,22, рСО₂ -33мм рт.ст., ВЕ - -18ммоль/л.

Задание. Что произошло с больным. Какая, по Вашему мнению, флора преобладает. Назначьте лечение.

Ответы:

Септический шок. Грам - флора. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности биофлоры. Активные методы детоксикации: гемосорбция, заменное переливание крови, УФО-крови, Антипиретики, седативные средства, переливания донорской крови (прямое), оксигенотерапия, коррекция сердечной деятельности, нарушений микроциркуляции, газообмена и КОС. Интенсивная терапия при шоке должна быть направлена на:

Восстановление ОЦК - **первостепенная задача!**

Восстановление и стабилизация артериального давления

Улучшение микроциркуляции

Уменьшение рефлекторной импульсации, связанной с травмой

Улучшение газообмена

Ликвидацию ацидоза и метаболических расстройств

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Физиологические и анатомические особенности сердечно-сосудистой систем у детей
2. Виды острой сердечной недостаточности (этиология, клиника, лечение)

3. Нарушения гемодинамики и сердечно-сосудистая недостаточность (этиология, клиника, лечение)

-синдром малого сердечного выброса

-нарушения ритма, тахикардия, брадикардия

-изменения АД

-коллапс

-правожелудочковая недостаточность

-левожелудочковая недостаточность

4. Использование инотропных и кардиотрофных препаратов

5. Терминальные состояния (предагония, агония, клиническая смерть).

6. Патофизиология терминальных состояний (ТС).

7. Клинические проявления ТС.

8. Терапия ТС.

9. Шок.Патофизиология, клинические проявления и терапия различных видов шока.

-гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, ангидремический и др.)

-распределительный шок (септический, анафилактический)

-кардиогенный (тяжёлые аритмии, ИМ, миокардиты)

-обструктивный (эмболии ЛА)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). сужением зрачков
- 2). возбуждением
- 3). брадикардией, апноэ
- 4). нарушением внутрисердечной проводимости
- 5). артериальной гипотензией
- 6). полной или частичной комой

2. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВИТСЯ

- 1). сужением зрачков
- 2). возбуждением
- 3). галлюцинациями
- 4). судорогами
- 5). полной или частичной комой
- 6). дыхательной недостаточностью

3. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). расширением зрачков
- 2). возбуждением
- 3). галлюцинациями
- 4). судорогами
- 5). брадикардией, апноэ
- 6). нарушением внутрисердечной проводимости
- 7). полной или частичной комой
- 8). дыхательной недостаточностью

4. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). сужением зрачков
- 2). галлюцинациями
- 3). брадикардией, апноэ
- 4). артериальной гипотензией
- 5). артериальной гипертензией
- 6). полной или частичной комой
- 7). отёком лёгких

5. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). расширением зрачков
- 2). возбуждением
- 3). галлюцинациями
- 4). судорогами
- 5). брадикардией, апноэ
- 6). нарушением внутри сердечной проводимости
- 7). артериальной гипотензией

6. ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). рвотой
- 2). болями в животе
- 3). гепатомегалией
- 4). брадикардией
- 5). тахикардией
- 6). лёгочными осложнениями

7. ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1). рвотой
- 2). болями в животе
- 3). гепатомегалией
- 4). брадикардией
- 5). тахикардией
- 6). лёгочными осложнениями

Укажите один правильный ответ

15. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

- 1). α_1 -рецепторы
- 2). β_1 -рецепторы
- 3). β_2 -рецепторы

Укажите несколько правильных ответов

16. НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА (ШУНТА БЛЭЛОКА—ТАУССИГ) ТРЕБУЮТ

- 1). тетрада Фалло
- 2). атриовентрикулярный канал
- 3). атрезия лёгочной артерии
- 4). аномалия Эбштейна
- 5). аномальный дренаж лёгочных вен

17. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

- 1). коронарная перфузия правого и левого желудочков осуществляли и только во время диастолы
- 2). коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100 г
- 3). потребность миокарда в кислороде восполняется за счёт усиления экстракции в зоне коронарных артерий
- 4). в основном питание синусного и атриовентрикулярного узлов осуществляется за счёт правой коронарной артерии

18. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

- 1). при снижении частоты сердечных сокращений до 45 в минуту и ниже
- 2). при наличии признаков плохой периферической перфузии
- 3). изначально использованием блокаторов кальциевых каналов
- 4). при её сочетании с мультифокальными эктопическими желудочковыми сокращениями

19. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1). острым инфарктом нижней стенки миокарда
- 2). высокой симпатической блокадой
- 3). применением наркотических препаратов
- 4). гипоксией
- 5). избыточным давлением на диафрагму
- 6). тетрада Фалло

Укажите один правильный ответ

20. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1). высокочастотную ИВЛ
- 2). оксигенотерапию
- 3). постоянное положительное давление на выдохе
- 4). гипербарическую оксигенацию
- 5). гелий-кислородную смесь

3. ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1). респираторный ацидоз
- 2). метаболический ацидоз
- 3). метаболический алкалоз
- 4). респираторный алкалоз

Эталоны правильных ответов:

Вопрос	ответ	Вопрос	ответ
1.	13	12.	235
2.	1456	13.	14567
3.	1234678	14.	1378
4.	1346	15.	2
5.	1247	16.	13
6.	156	17.	24
7.	146	18.	24
8.	12356	19.	12345
9.	14	20.	3
10.	123467	21.	3
11.	125		

Рекомендуемая

Основная:

-М.П. Разин. Детская для медицинских Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Учебник для

М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

литература:

хирургия. Учебник вузов. М.: «ГЭОТАР-

Детская хирургия. медицинских вузов.

-Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.

-Реанимация новорожденных: Учебное пособие / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

Тема 8.4: Основные принципы респираторной поддержки у детей (семинарское занятие).

Цель изучения темы:

1. Показания к сердечно-лёгочной реанимации (СЛР).
2. СЛР на догоспитальном этапе (основные приёмы поддержания жизни).
 - поддержание проходимости дыхательных путей,
 - ИВЛ экспираторными методами и с помощью простейших приспособлений,
 - непрямой массаж сердца (особенности техники выполнения в зависимости от возраста)
3. СЛР на госпитальном этапе (специальные методы: ИВЛ, дефибриляция, массаж сердца, лекарственная терапия).
4. Методы контроля эффективности СЛР.
5. Прекращение реанимации, критерии смерти мозга.
6. Постреанимационный период.

Задачи: - изучить общие положения реанимации у детей

- рассмотреть способы сердечно-легочной реанимации у детей, клинические ситуации больных в ПИТИР, вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- обучить методам догоспитальной и госпитальной реанимации

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать: АФО детского возраста, проведение посиндромной и парентеральной терапии у детей, виды, способы, методы детской сердечно-легочной реанимации.

Ординатор должен уметь: оказывать реанимационную помощь детям, определять показания к интенсивной терапии у детей.

Ординатор должен владеть: навыками определения показаний к различным видам реанимационной помощи в детской практике, основными методами и способами проведения интенсивной терапии в детской практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия :

1. Показания к сердечно-лёгочной реанимации (СЛР).
2. СЛР на догоспитальном этапе (основные приёмы поддержания жизни).
 - поддержание проходимости дыхательных путей,
 - ИВЛ экспираторными методами и с помощью простейших приспособлений,
 - непрямой массаж сердца (особенности техники выполнения в зависимости от возраста)
3. СЛР на госпитальном этапе (специальные методы: ИВЛ, дефибриляция, массаж сердца, лекарственная терапия).
4. Методы контроля эффективности СЛР.
5. Прекращение реанимации, критерии смерти мозга.
6. Постреанимационный период.
7. Проверка теоретических знаний. Тест-драйв в манипуляционной. Оснащение для поддержания проходимости дыхательных путей.
8. Просмотр видеофильмов «СЛР для граждан» и «Реанимация новорожденных для родителей» (США).

2. Практическая работа.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Разбор клинических случаев.
- Принятие правильного тактического решения.
- Разбор клинических ситуаций.
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок 13 лет упал на прутья забора. Поступает в приемное отделение с диагнозом «Проникающее ранение грудной клетки». При осмотре: сознание спутано, выраженная бледность, ЧСС 142 удара в минуту, артериальное давление 60/0, анурия. На Ваших глазах происходит остановка сердца.

Задание. Какие причины остановки сердца Вы можете предположить у этого пациента? Опишите последовательность действий при проведении сердечно-легочной реанимации. Перечислите показания к проведению открытого массажа сердца. Какие лекарственные средства Вы будете использовать при проведении реанимационных мероприятий?

Ответы:

Ушиб, тампонада сердца, гемоторакс, геморрагический шок

Показания: При проникающем ранении грудной клетки в область сердца.

Во время полостных операций

Адреналин, коллоидные препараты для инфузии, лидокаин

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Физиологические и анатомические особенности дыхательной и сердечно-сосудистой систем у детей
2. Виды острой дыхательной недостаточности (этиология, клиника, лечение)
3. Кислородотерапия и ИВЛ в лечении ДН
4. Нарушения гемодинамики и сердечно-сосудистая недостаточность (этиология, клиника, лечение)

-синдром малого сердечного выброса

-нарушения ритма, тахикардия, брадикардия

-изменения АД

-коллапс

-правожелудочковая недостаточность

-левожелудочковая недостаточность

5. использование инотропных и кардиотрофных препаратов
6. Терминальные состояния (предагония, агония, клиническая смерть).
7. Патофизиология терминальных состояний (ТС).
8. Клинические проявления ТС.
9. Терапия ТС.
10. Шок. Патофизиология, клинические проявления и терапия различных видов шока.

-гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, ангидремический и др.)

-распределительный шок (септический, анафилактический)

-кардиогенный (тяжёлые аритмии, ИМ, миокардиты)

-обструктивный (эмболии ЛА)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. сужением зрачков
2. возбуждением
3. брадипноэ, апноэ
4. нарушением внутрисердечной проводимости
5. артериальной гипотензией
6. полной или частичной комой

2. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВИТСЯ

1. сужением зрачков
2. возбуждением
3. галлюцинациями
4. судорогами

5. полной или частичной комой
6. дыхательной недостаточностью

3.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. расширением зрачков
2. возбуждением
3. галлюцинациями
4. судорогами
5. брадикардией, апноэ
6. нарушением внутрисердечной проводимости
7. полной или частичной комой
8. дыхательной недостаточностью

4.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. сужением зрачков
2. галлюцинациями
3. брадикардией, апноэ
4. артериальной гипотензией
5. артериальной гипертензией
6. полной или частичной комой
7. отёком лёгких

5.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. расширением зрачков
2. возбуждением
3. галлюцинациями
4. судорогами
5. брадикардией, апноэ
6. нарушением внутри сердечной проводимости
7. артериальной гипотензией

6.ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. рвотой
2. болями в животе
3. гепатомегалией
4. брадикардией
5. тахикардией
6. лёгочными осложнениями

7.ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. рвотой
2. болями в животе
3. гепатомегалией
4. брадикардией
5. тахикардией
6. лёгочными осложнениями

8.ОТРАВЛЕНИЕ САЛИЦИЛАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. рвотой
2. болями в животе
3. гепатомегалией
4. брадикардией
5. тахикардией
6. лёгочными осложнениями

9.ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. рвотой
2. болями в животе
3. гепатомегалией
4. брадикардией
5. тахикардией
6. лёгочными осложнениями

10.ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. рвотой
2. болями в животе
3. гепатомегалией

4. брадикардией
5. тахикардией
6. лёгочными осложнениями
7. отёком лёгких

11..ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. сердечные гликозиды
2. периферические вазодилататоры
3. салуретики
4. осмодиуретики
5. в-адреноблокаторы
6. ганглиоблокаторы
7. инотропы (синтетические катехоламины)
8. ИВЛ

Укажите один правильный ответ

12.ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

1. α_1 -рецепторы

2. β_1 -рецепторы
3. β_2 -рецепторы

Укажите несколько правильных ответов

13.НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА (ШУНТА БЛЭЛОКА—ТАУССИГ) ТРЕБУЮТ

1. тетрада Фалло

3. атриовентрикулярный канал
4. атрезия лёгочной артерии
5. аномалия Эбштейна
6. аномальный дренаж лёгочных вен

14.ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

1. коронарная перфузия правого и левого желудочков осуществляли и только во время диастолы
2. коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100 г
3. потребность миокарда в кислороде восполняется за счёт усиления экстракции в зоне коронарных артерий
4. в основном питание синусного и атриовентрикулярного узлов осуществляется за счёт правой коронарной артерии

15.БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

5. при снижении частоты сердечных сокращений до 45 в минуту и ниже
6. при наличии признаков плохой периферической перфузии
7. изначально использованием блокаторов кальциевых каналов
8. при её сочетании с мультифокальными эктопическими желудочковыми сокращениями

16.БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

7. острым инфарктом нижней стенки миокарда
8. высокой симпатической блокадой
9. применением наркотических препаратов
10. гипоксией
11. избыточным давлением на диафрагму
12. тетрада Фалло

Укажите один правильный ответ

17.ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

5. высокочастотную ИВЛ
6. оксигенотерапию
7. постоянное положительное давление на выдохе
8. гипербарическую оксигенацию
9. гелий-кислородную смесь

18.ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

5. респираторный ацидоз
6. метаболический ацидоз
7. метаболический алкалоз
8. респираторный алкалоз

Эталоны правильных ответов:

Вопрос	ответ	Вопрос	ответ
1.	13	12.	235
2.	1456	13.	14567
3.	1234678	14.	1378
4.	1346	15.	2
5.	1247	16.	13
6.	156	17.	24
7.	146	18.	24
8.	12356	19.	12345
9.	14	20.	3
10.	123467	21.	3
11.	125		

Рекомендуемая

Основная:

-М.П. Разин. Детская для медицинских Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков. Учебник для

М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное / Сост.: Гулин А.В., -Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.

-Реанимация новорожденных: Учебное пособие / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

Тема: 8.5: Инфузионно – трансфузионная терапия при неотложных состояниях у детей (семинарское занятие).

Цель изучения темы: изучение посиндромной и парентеральной терапии.

Задачи: рассмотреть вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

Задачи: - изучить вопросы посиндромной и парентеральной терапии

- рассмотреть клинические ситуации больных в ПИТИР, вопросы посиндромной и парентеральной терапии, обучить методам их коррекции, изучить показания и способы коррекции кислотно-основного состояния.

- обучить методам диагностики и лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать: АФО детского организма, наиболее частые в детской практике виды отравлений, проведение посиндромной и парентеральной терапии у детей, проведение интенсивной терапии при различных заболеваниях

Ординатор должен уметь: определять показания к интенсивной терапии у детей.

Ординатор должен владеть: основными методами и способами проведения интенсивной терапии в детской практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия :

1. Физиологические основы кислотно-основного состояния у детей
 - Буферные системы
 - Анализ газов крови
 - Интерпретация результатов анализа
2. Дыхательные нарушения КОС и методы их коррекции
 - респираторный ацидоз
 - респираторный алкалоз
3. Метаболические нарушения КОС и методы их коррекции
 - метаболический ацидоз
 - метаболический алкалоз
4. Компенсированные и декомпенсированные расстройства КОС
5. Физиологические основы инфузионной терапии и парентерального питания
 - Водно-электролитный баланс (ВЭБ) и его нарушения у детей
 - Виды дегидратаций

литература:

хирургия. Учебник вузов. М.: «ГЭОТАР-

Детская хирургия. медицинских вузов.

- Основные электролитные нарушения
- 6. Характеристика основных инфузионных сред
- 7. Восполнение физиологических потребностей в воде и электролитах
- 8. Инфузионная терапия при ВЭ нарушениях
- 9. Парентеральное питание.

2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок 8 лет поступил в отделение реанимации в тяжелом состоянии. Кожные покровы серые, артериальное давление 90/60 мм рт.ст., пульс 120 уд. в мин., ритмичный. У больного в течение суток отмечалась 6 раз рвота и частый жидкий стул. Через 20 минут после поступления развились тонико-клонические судороги. После введения ГОМКа из расчета 100 мг/кг судороги купировались, но через час повторились вновь.

Задание. Каковы патофизиологические механизмы развития судорог у этого больного? Какие еще лекарственные препараты используются для купирования судорог? Способы введения лекарственных средств для купирования судорог?

- Судороги развились на фоне нарушения водно-электролитного баланса и в связи с обезвоживанием за счет рвоты и диареи.

Бензодиазепины длительного действия: диазепам 0,1 – 0,2 мг/кг в/в или 0,3 – 0,4 мг/кг в/м

Бензодиазепины короткого действия: мидазолам (дормикум) 0,2 мг/кг в/в или 0,4 мг/кг в/м; 0,3 мг/кг интраназально; 0,7 – 0,8 мг/кг per rectum

Барбитураты: гексенал 5-6 мг/кг в/в или 10 мг/кг в/м

Мышечные релаксанты (недеполяризующие): тракриум 0,2 – 0,4 мг/кг; нимбекс 0,12 – 0,15 мг/кг; норкурон 0,08 – 0,1 мг/кг

Фенобарбитал 10 мг/кг в/в в течение 15 минут

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Буферные системы - Анализ газов крови - Интерпретация результатов анализа | <p>1. Физиологические основы кислотно-основного состояния у детей</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - респираторный ацидоз - респираторный алкалоз | <p>2. Дыхательные нарушения КОС и методы их коррекции</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - метаболический ацидоз - метаболический алкалоз | <p>3. Метаболические нарушения КОС и методы их коррекции</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Водно-электролитный баланс (ВЭБ) и его нарушения у детей - Виды дегидратаций | <p>4. Компенсированные и декомпенсированные расстройства КОС
5. Физиологические основы инфузионной терапии и парентерального питания</p> |

- Основные электролитные нарушения

6. Характеристика основных инфузионных сред
7. Восполнение физиологических потребностей в воде и электролитах
8. Инфузионная терапия при ВЭ нарушениях
9. Парентеральное питание
10. Принципы терапии угрожающих состояний у детей.
11. Посиндромная терапия.
12. Этиопатогенез, клиника и ИТ основных патологических синдромов

- гипертермический синдром, злокачественная гипертермия
- судорожный синдром
- внутричерепная гипертензия
- олигурия
- аллергические реакции
- синдром внутриплеврального напряжения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Укажите несколько правильных ответов

1. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОТЁКА МОЗГА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 2). рентгенография костей черепа
- 3). осмотр глазного дна
- 4). электроэнцефалография
- 5). измерение ЦВД
- 6). реоэнцефалография
- 7). эхоэнцефалография

2. ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1). 5% раствор глюкозы
 - 2). фуросемид
 - 3). гемодез
 - 4). маннитол
 - 5). альбумин 10-20%
 - 6). декстран, средняя молекулярная масса 50000-70000
3. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1). гормоны
- 2). фуросемид
- 3). диазепам
- 4). оксибат натрия
- 5). миорелаксанты
- 6). препараты барбитуровой кислоты

Укажите несколько правильных ответов

4. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

- 1) по пульсу на крупных артериях
- 2) на ЭКГ
- 3) при аускультации
- 4) по анамнезу
- 5) по изменению окраски кожных покровов
- 6) при пальпации верхушечного толчка
- 7) при визуальном осмотре сердца

5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ КЛОНИЧЕСКИХ СУДОРОГАХ

- 1). быстро начинаются
- 2). медленное развитие судорог
- 3). охватывают крупные мышцы
- 4). охватывают мелкие мышцы
- 5). продолжительные
- 6). быстро проходящие

5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГАХ

- 1) быстро начинаются
- 2) медленное развитие судорог
- 3) охватывают крупные мышцы
- 4) охватывают мелкие мышцы
- 5) продолжительные
- 6) быстро проходящие

1. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В НАТРИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) гипертонической дегидратации
- 2) метаболическом ацидозе
- 3) гипотонической дегидратации
- 4) упорной рвоте
- 5) диарее
- 6) потерях с перспирацией
- 7) пилоростенозе
- 8) псевдопилоростенозе

2. К ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИМ РАСТВОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) декстран, средняя молекулярная масса 50000—70000
- 2) 0,9% раствор хлорида натрия
- 3) плацентарный альбумин
- 4) 5% раствор глюкозы
- 5) гемодез
- 6) декстран, средняя молекулярная масса 30000-40000

3. ПРИЧИНАМИ РЕСПИРАТОРНОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипокалиемия
- 2) дыхание по типу Куссмауля
- 3) гиповентиляция
- 4) передозировка гидрокарбоната натрия
- 5) ИВЛ в режиме гипервентиляции
- 6) множественные переломы рёбер
- 7) передозировка триметамола
- 8) быстрый бег

4. ПРИЧИНАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипокалиемия
- 2) дыхание по типу Куссмауля
- 3) гиповентиляция
- 4) передозировка гидрокарбоната натрия
- 5) ИВЛ в режиме гипервентиляции
- 6) множественные переломы рёбер
- 7) передозировка триметамола
- 8) быстрый бег

10. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ

- 1) снижение диуреза
- 2) тонико-клонические судороги
- 3) экстрасистолии
- 4) возбуждение
- 5) угнетение ЦНС
- 6) рвота
- 7) вздутие живота
- 8) частый жидкий стул

11. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение атриовентрикулярной проводимости
- 2) эктопический ритм
- 3) экстрасистолия
- 4) появление зубца *U*
- 5) укорочение интервала *QRS*
- 6) увеличение амплитуды зубца *T*
- 7) укорочение электрической систолы

- 8) депрессия сегмента ST
9) укорочение интервала P—Q

12. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возбуждением
2) галлюцинациями
3) судорогами
4) артериальной гипертензией
5) полной или частичной комой
6) отёком лёгких

Эталоны правильных ответов

Вопрос	ответ	Вопрос	Ответ
1.	2356	11.	27
2.	245	12.	146
3.	2346	13.	235
4.	1457	14.	3458
5.	236	15.	136
6.	356	16.	258
7.	2-1-4-6-5-3	17.	147
8.	356	18.	23567
9.	26	19.	12378

Рекомендуемая

Основная:

- М.П. Разин. Детская для медицинских Медиа», 2018. - 688с.

-Ю.Ф. Исаков.

Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.

Дополнительная:

-Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.

-Реанимация новорожденных: Учебное пособие / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В.Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия

Тема 9.1 Оперативная хирургия и топографическая анатомия головы и шеи (практическое занятие).

Цель: изучение наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии и топографической анатомия головы и шеи.

Задачи:

Рассмотрение вопросов оперативной хирургии и топографической анатомия головы и шеи;

возрастные особенности анатомии, анатомических образований и оперативных доступов

Обучить: методам гидравлической препаровки, доступам к анатомическим образованиям указанных областей

Изучить возрастные особенности оперативной хирургии и топографической анатомия головы и шеи у детей: возрастные особенности анатомии, хода анатомических образований и оперативных доступов

Формируемые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать:

- Особенности возрастной анатомии у детей.

- Технику и этапы оперативных пособий на изучаемых анатомических областях

Ординатор должен уметь ставить показания к осуществлению того или иного доступа на изучаемых анатомических областях при различных хирургических заболеваниях.

Ординатор должен овладеть навыками: препаровки тканей при оперативных вмешательствах на изучаемых анатомических областях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств на мозговом отделе головы, хирургический инструментарий и аппаратура.

литература:

хирургия. Учебник вузов. М.: «ГЭОТАР-

Детская хирургия.

2. Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих ран. Способы остановки кровотечения при повреждении мягких тканей, костей свода черепа, средней артерии твердой мозговой оболочки, венозных пазух, сосудов мозга.
3. Резекционная и костно-пластическая трепанации черепа, операции при вдавленных переломах черепа у детей, пластика дефектов костей свода черепа, трепанация сосцевидного отростка. Понятие о хирургическом лечении абсцессов мозга, о дренирующих операциях при гидроцефалии, краниостенозе, врожденных черепно-мозговых грыжах, о стереотаксических операциях на головном мозге.
4. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области.
5. Вскрытие флегмон челюстно-лицевой области.
6. Понятие о косметических и эстетических операциях на лице.
7. Анатомо-физиологическое обоснование хирургических вмешательств на шее. Хирургический инструментарий.
8. Первичная хирургическая обработка ран. Шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому, блокада плечевого сплетения по Куленкампу, пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока.
9. Доступы к сонным и подключичным артериям. Пластические и реконструктивные операции на сонных, подключичных и позвоночных артериях.
10. Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Операции при деформациях шеи, врожденных свищах и кистах шеи. Косметические операции на шее.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- отработка практических навыков (определение оптимального доступа и хода операции),
- освоение манипуляций (препаровка органов и тканей) по алгоритму под контролем преподавателя

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: результаты осмотра и анамнеза - характер заболевания - пораженный орган (система) - дополнительные методы обследования – диагноз - лечебная тактика на стационарном и амбулаторном этапе

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной М., 14-ти лет, попал в автомобильную аварию. Из анамнеза известно, что у больного после травмы имела место кратковременная потеря сознания, была однократная рвота съеденной пищей. Через 3 часа мальчик доставлен в приемный покой центральной районной больницы.

При осмотре выявлена выраженная бледность кожных покровов. Линейная рана на лбу. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации в различных отделах. Стул, диурез в норме. Выявлен горизонтальный нистагм. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение. На следующие сутки отмечено ухудшение состояния. Больной вял, спутанно отвечает на вопросы. Анизокория.

Контрольные вопросы

1. Теории возникновения и развития ЧМТ.
2. Классификация.
3. С каким диагнозом ребенок был госпитализирован в стационар?
4. О каком осложнении можно думать в данном случае?
5. Необходимые методы обследования.
6. Принципы лечения.
7. Исходы и прогноз?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств на мозговом отделе головы, хирургический инструментарий и аппарата.

Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих ран. Способы остановки кровотечения при повреждении мягких тканей, костей свода черепа, средней артерии твердой мозговой оболочки, венозных пазух, сосудов мозга.

Резекционная и костно-пластическая трепанации черепа, операции при вдавленных переломах черепа у детей, пластика дефектов костей свода черепа, трепанация сосцевидного отростка. Понятие о хирургическом лечении абсцессов мозга, о дренирующих операциях при гидроцефалии, краниостенозе, врожденных черепно-мозговых грыжах, о стереотаксических операциях на головном мозге.

Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области.

Вскрытие флегмон челюстно-лицевой области.

Понятие о косметических и эстетических операциях на лице.

Анатомо-физиологическое обоснование хирургических вмешательств на шее. Хирургический инструментарий.

Первичная хирургическая обработка ран. Шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному, блокада плечевого сплетения по Куленкампу, пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока.

Доступы к сонным и подключичным артериям. Пластические и реконструктивные операции на сонных, подключичных и позвоночных артериях.

Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Операции при деформациях шеи, врожденных свищах и кистах шеи. Косметические операции на шее.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. При травме костей свода черепа у детей младшего возраста характерными для костей признаками являются:

- 1) четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости
- 2) отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости *
- 3) внутренняя пластинка кости при травме отслаивается
- 4) внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается
- 5) правильные ответы 1 и 4

2. Для третьего клетчаточного пространства височной области, содержащего у новорожденных большое количество жировой клетчатки, характерно;

- 1) сообщение с жировой клетчаткой шеечной области
- 2) отсутствие связи с другими клетчаточными пространствами
- 3) расположение под височной мышцей
- 4) расположение между височным апоневрозом и височной мышцей
- 5) правильные ответы 1 и 4 *

3. Во время операции удаления бокового свища (кисты) шеи в операционной ране к средней трети свища прилежит:

- 1) сосудисто-нервный пучок шеи *
- 2) гортань и трахея
- 3) грудной проток
- 4) шейная часть симпатического ствола
- 5) правильные ответы 3 и 4

4. Границей между внутренним и наружным треугольниками шеи является:

- 1) двубрюшная мышца
- 2) лопаточно-подъязычная мышца
- 3) грудино-ключично-сосцевидная мышца *
- 4) грудино-щитовидная мышца

5) правильные ответы 1 и 2

5. Воспалительный процесс при мастоидитах, распространяющийся вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы, соответствует топографии:

1) I шейной фасции

2) II шейной фасции *

3) III шейной фасции

4) IV шейной фасции

5) V шейной фасции

6. К нижним отделам шейной части трахеи у детей не прилегают следующие перечисленные сосуды:

1) левой плечеголовной вены

2) плечеголового ствола

3) дуги аорты

4) непарной вены *

5) правильные ответы 1 и 2

7. Для шейного отдела пищевода не характерны признаки:

1) сужение в месте перехода глотки в пищевод

2) уровень верхнего сужения пищевода соответствует перстневидному хрящу

3) к передней поверхности пищевода прилежит перепончатая часть трахеи

4) пищевод отклоняется на шею вправо *

5) пищевод отклоняется на шею влево

8. С целью предупреждения воспалительных процессов в подсвязочном пространстве у детей рационально выполнять :

1) верхнюю трахеостомию

2) среднюю трахеостомию

3) нижнюю трахеостомию *

4) коникотомию

5) любую из перечисленных операций

9. Чаще всего терминальный отдел грудного протока впадает в заднюю поверхность:

1) левого венозного угла *

2) правого венозного угла

3) левой внутренней яремной вены

4) левой подключичной вены

5) любой из перечисленных вариантов

10. При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:

1) по срединной линии шеи *

2) к сосудисто-нервному пучку шеи

3) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

4) к подключичной артерии

5) кожной складке

11. При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:

1) сзади от сосудисто-нервного пучка шеи *

2) спереди от сосудисто-нервного пучка шеи

3) по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи

4) по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи

5) существенного значения не имеет

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
22	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
33	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБ «Консультант врача»
44	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
55	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	ЭБС «Консультант студента»
66	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	ЭБС «Консультант студента»
77	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
22	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
33	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ

	медицинских ВУЗов (гриф УМО)				
44	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
55	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
66	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
77	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
88	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	1	
99	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
110	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
111	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	
112	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бином	2	
113	Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых: справ.- практ. пособие	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс-информ	1	
114	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
115	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	2	
116	Полиатравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

Тема 9.2. Оперативная хирургия и топографическая анатомия грудной клетки. (практическое занятие).

Цель: изучение наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии и топографической анатомии грудной клетки.

Задачи:

Рассмотрение вопросов оперативной хирургии и топографической анатомия грудной клетки; возрастные особенности анатомии, анатомических образований и оперативных доступов
Обучить: методам гидравлической препаровки, доступам к анатомическим образованиям указанных областей
Изучить возрастные особенности оперативной хирургии и топографической анатомия грудной клетки у детей: возрастные особенности анатомии, хода анатомических образований и оперативных доступов
Формируемые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать:

- Особенности возрастной анатомии у детей.
- Технику и этапы оперативных пособий на изучаемых анатомических областях

Ординатор должен уметь ставить показания к осуществлению того или иного доступа на изучаемых анатомических областях при различных хирургических заболеваниях.

Ординатор должен овладеть навыками: препаровки тканей при оперативных вмешательствах на изучаемых анатомических областях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств на органах грудной клетки, хирургический инструментарий и аппаратура.

3. Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих ран. Способы остановки кровотечения при повреждении мягких тканей грудной клетки, легких, сердца.

3. Первичная хирургическая обработка ран грудной клетки.

4. Вскрытие флегмон грудной клетки, дренирование плевральной полости, средостения.

5. Анатомо-физиологическое обоснование хирургических вмешательств на органах грудной клетки. Хирургический инструментарий.

6. Первичная хирургическая обработка ран. Шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому, блокада плечевого сплетения по Куленкампу, пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока.

7. Доступы к легким, пищеводу, органам средостения.

8. Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Операции при деформациях ребер.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- отработка практических навыков (определение оптимального доступа и хода операции),
- освоение манипуляций (препаровка органов и тканей) по алгоритму под контролем преподавателя

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: результаты осмотра и анамнеза - характер заболевания - пораженный орган (система) - дополнительные методы обследования – диагноз - лечебная тактика на стационарном и амбулаторном этапе

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ребёнок С., 13 лет, в течение двух недель находился на лечении в соматическом отделении по поводу хронического гастродуоденита, дискинезии желчевыводящих путей. За время нахождения проведена фиброгастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости, и при этом каких-либо изменений в расположении внутренних органов не выявлено. В день развития приступа утром появились боли в левой половине живота, тошнота. Перед этим ребёнка посетили родители и самовольно накормили пирожками и колбасой (в большом количестве). После промывания желудка, очистительной клизмы, введения спазмолитиков болевой синдром купировался, ребёнок успокоился. Через 12 часов состояние ребёнка резко ухудшилось. Вновь появились сильные боли в животе, тошнота, развилась одышка до 56-60 дыханий в минуту, сердечный толчок определяется справа от грудины, при аускультации дыхание слева не выслушивается, перкуторно – коробочный звук на фоне притупления. Живот мягкий, не вздут, на пальпацию не реагирует, кишечная перистальтика временами усилена.

Рентгенография грудной клетки: смещение органов средостения вправо, Левая плевральная полость вытеснена округлым образованием с нечёткими контурами, левое лёгкое поджато кверху на фоне гомогенного затемнения. Клинически – нарастает дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Задание:

- 1) *Поставить диагноз*
- 2) *Этиология и патогенез*
- 3) *Классификация*
- 4) *Дополнительное обследование*
- 5) *Лечебная тактика*
- 6) *Осложнения, прогноз*
- 7) *Диспансеризация*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств на органах грудной клетки, хирургический инструментарий и аппаратура.

Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих ран. Способы остановки кровотечения при повреждении мягких тканей грудной клетки, легких, сердца.

Первичная хирургическая обработка ран грудной клетки.

Вскрытие флегмон грудной клетки, дренирование плевральной полости, средостения.

Анатомо-физиологическое обоснование хирургических вмешательств на органах грудной клетки.

Хирургический инструментарий.

Первичная хирургическая обработка ран. Шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому, блокада плечевого сплетения по Куленкампу, пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока.

Доступы к легким, пищеводу, органам средостения.

Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Операции при деформациях ребер.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется:

- 1) в подмышечную впадину *
- 2) в надостное пространство
- 3) в заднюю срединную область груди
- 4) в поддельтовидное пространство
- 5) в переднюю предлопаточную щель

2. Из перечисленных врожденных пороков легких чаще всего встречается:

- 1) гипоплазия легких
- 2) добавочные доли легкого
- 3) слияния легочных долей
- 4) легочная секвестрация
- 5) поликистоз легких *

3. Расширение бронхов при вдохе обусловлено влиянием:

- 1) возвратных нервов *
- 2) симпатических нервов
- 3) парасимпатических нервов
- 4) межреберных нервов
- 5) диафрагмальных нервов.

4. Бифуркация трахеи у детей проецируется по отношению к передней стенке груди:

- 1) на уровне I ребра
- 2) на уровне II ребра *
- 3) на уровне III ребра

- 4) между II и III ребрами
- 5) между III и IV ребрами.

5. Из долевых бронхов наиболее крупными являются:

- 1) верхнедолевой слева
- 2) верхнедолевой справа
- 3) среднедолевой справа
- 4) нижнедолевой слева
- 5) нижнедолевой справа *

6. Из перечисленных анатомических образований прилежат к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи:

- 1) легочная артерия
- 2) перикард и левое предсердие *
- 3) легочные вены
- 4) перикард и правое предсердие
- 5) аорта

7. Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:

- 1) глоточно-пищеводные
- 2) эпифренальные
- 3) бифуркационные *
- 4) абдоминального отдела пищевода
- 5) все перечисленное одинаково часто

8. Наиболее частые причины ранения непарной вены во время операции на легких возникают:

- 1) при обработке корня легкого
- 2) при выделении задней стенки перикарда
- 3) при остановке кровотечения
- 4) при выделении легкого из плоских сращений *
- 5) при выделении сосудов корня легкого

9. В средостении имеются:

- 1) две сердечно-перикардальные щели
- 2) три сердечно-перикардальные щели *
- 3) четыре сердечно-перикардальные щели
- 4) пять сердечно-перикардальных щелей
- 5) не существует их

10. Для пункции перикарда наиболее предпочтительным является способ:

- 1) Н.И.Пирогова
- 2) Куршмана
- 3) Марфана
- 4) Ларрея *
- 5) Б.М.Шапошникова.

11. Оперативный доступ к средней трети грудного отдела пищевода технически проще:

- 1) с левой стороны
- 2) с правой стороны *
- 3) сзади
- 4) спереди
- 5) трансабдоминально.

12. Пищевод в своей нижней трети грудного отдела по отношению к аорте:

- 1) расположен слева от аорты;
- 2) лежит справа от аорты
- 3) спереди и слева от аорты *

- 4) сзади и справа от аорты
- 5) сзади и слева от аорты

13. Пункция заднего средостения осуществляется через:

- 1) IV межреберье по лопаточной области
- 2) V м/р паравертебрально
- 3) IV м/р по задней подмышечной линии под углом 45° по отношению к позвоночнику
- 4) IV-VI м/р паравертебрально под углом 70° по отношению к позвоночнику *
- 5) V-VII м/р паравертебрально под углом 60° по отношению к позвоночнику

14. Непарная и полунепарная вены проходят между:

- 1) средними и наружными ножками диафрагмы
- 2) внутренними и средними ножками диафрагмы *
- 3) внутренними ножками диафрагмы
- 4) наружными ножками и медиальной частью мышечного отдела диафрагмы
- 5) любой из перечисленных вариантов

15. В норме количество естественных лимфо-венозных анастомозов составляет:

- 1) два *
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) более пяти

16. Между полулунной (спигелиевой) линией и наружным краем прямой мышцы живота от реберной дуги до пупартовой связки имеются апоневротические участки, лишенные мышечного покрова и являющиеся слабым местом передней брюшной стенки. Бурный рост поперечной мышцы и уменьшение слабого апоневротического участка отмечаются в возрасте:

- 1) до 1 года
- 2) 2-3 года
- 3) 4-7 лет *
- 4) 7-9 лет
- 5) 9-11 лет

17. При продольной лапаротомии в латеральной части брюшной полости хирург встречает крупные сегментарные кровеносные сосуды и нервы:

- 1) в подкожной жировой клетчатке
- 2) под сухожилием наружной косой мышцы живота
- 3) между наружной и внутренней косой мышцами
- 4) между внутренней косой и поперечной мышцами *
- 5) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

18. Большой сальник развивается настолько, что прикрывает петли тонких кишок на таком же протяжении, как и у взрослого:

- 1) к 1 году
- 2) к 2-3 годам
- 3) к 5-6 годам
- 4) к 7 годам *
- 5) к 9-11 годам

19. Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят:

- 1) от солнечного сплетения
- 2) от верхнего брыжеечного сплетения
- 3) от нижнего брыжеечного сплетения
- 4) от поясничного сплетения *
- 5) от крестцового сплетения

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
22	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
33	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБ «Консультант врача»
44	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
55	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
66	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
77	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
22	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
33	Общий уход за детьми с хирургическими	М.П.Разин, И.В.Шешунов,	2013, Киров	100	ЭБС Кировского

	заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих			ГМУ
44	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
55	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
66	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
77	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
88	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	1	
99	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
110	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
111	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	
112	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бином	2	
113	Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых: справ.- практ. пособие	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс-информ	1	
114	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
115	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	2	
116	Политравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

Тема 9.3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия живота, поясничной области и брюшинного пространства (практическое занятие).

Цель: изучение наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии и топографической анатомия

живота, поясничной области и забрюшинного пространства.

Задачи:

Рассмотрение вопросов оперативной хирургии и топографической анатомия живота, поясничной области и забрюшинного пространства;

возрастные особенности анатомии, анатомических образований и оперативных доступов

Обучить: методам гидравлической препаровки, доступам к анатомическим образованиям указанных областей

Изучить возрастные особенности оперативной хирургии и топографической анатомия живота, поясничной области и забрюшинного пространства у детей: возрастные особенности анатомии, хода анатомических образований и оперативных доступов

Формируемые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать:

- Особенности возрастной анатомии живота, поясничной области и забрюшинного пространства у детей.

- Технику и этапы оперативных пособий на изучаемых анатомических областях

Ординатор должен уметь ставить показания к осуществлению того или иного доступа на изучаемых анатомических областях при различных хирургических заболеваниях.

Ординатор должен овладеть навыками: препаровки тканей при оперативных вмешательствах на изучаемых анатомических областях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Операции по поводу грыж передней брюшной стенки: паховых, бедренных, пупочных, пупочного канатика, белой линии живота.

2. Новокаиновая блокада семенного канатика и круглой связки матки. Пункция живота (парацентез), лапароскопия, трансумбиликальная портогепатография, спленопортография.

3. Лапаротомия, виды и их сравнительная оценка. Косметические операции на передней брюшной стенке.

4. Ревизия брюшной полости при проникающих ранениях. Теоретические основы и способы наложения кишечных швов. Резекция петель тонкой и толстой кишок с анастомозами "конец в конец", "бок в бок", "конец в бок". Аппендэктомия и особенности ее выполнения у детей, удаление Меккелева дивертикула. Каловый свищ, противоестественное заднепроходное отверстие. Операции при мегаколоне и болезни Гиршпрунга.

5. Операции на желудке. Ушивание прободной язвы, гастротомия, гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2, по Гофмейстеру-Финстереру, ваготомия, дренирующие операции. Хирургическое лечение врожденного пилоростеноза.

6. Операции на печени и желчных путях. Блокада круглой связки печени, шов раны печени, анатомическая и атипичная резекция печени; понятие о хирургическом лечении абсцессов печени; портальной гипертензии. Холецистэктомия, холецистостомия, формирование билиодигестивных анастомозов. Операции при атрезиях желчных протоков. Понятие о пересадке печени.

7. Операции на селезенке. Шов селезенки, спленэктомия, аутотрансплантация селезенки при травматических повреждениях.

8. Операции на поджелудочной железе. Доступы к поджелудочной железе. Понятия об операциях при остром и хроническом панкреатите, абсцессах и кистах.

9. Новокаиновая паранефральная блокада. Шов почки, резекция почки, нефропексия, пиелотомия, нефрэктомия. Понятие о трансплантации почек, об аппарате "искусственная почка", способах лечения нефрогенной гипертензии.

10. Шов мочеточника, пластические операции при дефектах мочеточников, операции при врожденных пороках развития почек и мочеточников.

11. Вскрытие гнойно-воспалительных очагов поясничной области и забрюшинного пространства.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,

- чтение рентгенограмм,

- отработка практических навыков (определение оптимального доступа и хода операции),

- освоение манипуляций (препаровка органов и тканей) по алгоритму под контролем преподавателя

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: результаты осмотра и анамнеза - характер заболевания - пораженный орган (система) - дополнительные методы обследования - диагноз - лечебная тактика на стационарном и амбулаторном этапе

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мальчик 3., новорожденный, матери 27 лет, вторая беременность, первые самостоятельные роды в срок, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, масса тела при рождении 4314 г, рост 54 см. При рождении состояние ребёнка средней степени тяжести в связи с ранним периодом адаптации, лёгкой асфиксией при рождении. Сердечно-лёгочная деятельность не нарушена, при осмотре активный, плач громкий, стул мекониальный. При клиническом осмотре обращает на себя внимание увеличение в размерах левой половины живота. При пальпации определяется образование размером до 10 см в длину и 6 см в ширину, мягкоэластичное, безболезненное. При аускультации перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный и после очистительной клизмы без патологических примесей. По данным УЗИ – головной мозг, тимус, селезёнка, печень, надпочечники без особенностей. Правая почка 49×25×33 мм, лоханка не расширена, паренхима 11 мм. Левая почка - 93×73×75 мм, представлена множеством кист диаметром максимально от 30 до 53 мм, паренхима не определяется.

Контрольные вопросы

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Методы дополнительного обследования?
- 3) Дифференциальный диагноз?
- 4) Этиология и патогенез заболевания?
- 5) Лечение?
- 6) Прогноз?
- 7) Диспансеризация?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Операции по поводу грыж передней брюшной стенки: паховых, бедренных, пупочных, пупочного канатика, белой линии живота.
2. Новокаиновая блокада семенного канатика и круглой связки матки. Пункция живота (парацентез), лапароскопия, трансумбиликальная портогепатография, спленопортография.
3. Лапаротомия, виды и их сравнительная оценка. Косметические операции на передней брюшной стенке.
4. Ревизия брюшной полости при проникающих ранениях. Теоретические основы и способы наложения кишечных швов. Резекция петель тонкой и толстой кишок с анастомозами "конец в конец", "бок в бок", "конец в бок". Аппендэктомия и особенности ее выполнения у детей, удаление Меккелева дивертикула. Каловый свищ, противоестественное заднепроходное отверстие. Операции при мегаколоне и болезни Гиршпрунга.
5. Операции на желудке. Ушивание прободной язвы, гастротомия, гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2, по Гофмейстеру-Финстереру, ваготомия, дренирующие операции. Хирургическое лечение врожденного пилоростеноза.
6. Операции на печени и желчных путях. Блокада круглой связки печени, шов раны печени, анатомическая и атипичная резекция печени; понятие о хирургическом лечении абсцессов печени; портальной гипертензии. Холецистэктомия, холецистостомия, формирование билиодигестивных анастомозов. Операции при атрезиях желчных протоков. Понятие о пересадке печени.
7. Операции на селезенке. Шов селезенки, спленэктомия, аутотрансплантация селезенки при травматических повреждениях.
8. Операции на поджелудочной железе. Доступы к поджелудочной железе. Понятия об операциях при остром и хроническом панкреатите, абсцессах и кистах.
9. Новокаиновая паранефральная блокада. Шов почки, резекция почки, нефропексия, пиелотомия, нефрэктомия. Понятие о трансплантации почек, об аппарате "искусственная почка", способах лечения нефрогенной гипертензии.
10. Шов мочеточника, пластические операции при дефектах мочеточников, операции при врожденных пороках развития почек и мочеточников.
11. Вскрытие гнойно-воспалительных очагов поясничной области и забрюшинного пространства.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
 - 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
 - 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
 - 3) копчиковая киста
 - 4) воронкообразное кожное втяжение
 - 5) все перечисленное
2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
 - 1) зондирование
 - 2) пальцевое ректальное обследование
 - 3) рентгенофистулография *
 - 4) ректороманоскопия, колоноскопия
 - 5) весь перечисленный комплекс исследований
3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
 - 1) на животе *
 - 2) на спине
 - 3) на левом боку
 - 4) на правом боку
 - 5) любое из перечисленных
4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:
 - 1) по установлению диагноза
 - 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
 - 3) при обострении процесса
 - 4) после 5-6 лет
 - 5) в любые сроки
5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
 - 1) рентгеноконтрастный
 - 2) ректороманоскопия
 - 3) колоноскопия
 - 4) пальцевое ректальное исследование *
 - 5) все перечисленное
6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
 - А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
 - Б) консервативная терапия, бужирование;
 - В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *
 - Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
 - Д) любой из перечисленных вариантов.
7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:
 - 1) по установлению диагноза
 - 2) в 1,5 года *
 - 3) в 3-4 года
 - 4) в 7 лет
 - 5) в более старшем возрасте
8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:
 - 1) по установлению диагноза
 - 2) в 1,5 года *
 - 3) в 3-4 года
 - 4) в 7 лет
 - 5) в более старшем возрасте
9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

- 1) 3 часа после рождения
- 2) 6 часов после рождения
- 3) 16 часов после рождения *
- 4) 24 часа после рождения
- 5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) ректовестибулярный свищ *
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректовезикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография по Вангенстину
- 2) контрастное исследование кишки через свищ
- 3) исследование свища зондом *
- 4) электромиография промежности
- 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

- 1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *
- 2) гипертрофия мышечного слоя кишки
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую *
- 2) подострую
- 3) хроническую
- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ирригографию
- 2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
- 3) дачу бариевой смеси через рот
- 4) колоноскопию
- 5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
- 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку
- 4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
- 5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *
- 5) 3 года и старше

17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую

2) подострую *

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) до 6 месяцев *

2) после 1 года

3) после 3 лет

4) после 6 лет

5) после перенесенной кишечной инфекции

21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) операция Дюамеля

2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:

1) 3 месяца

2) 6 месяцев *

3) 8 месяцев

4) 1,5 года

5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) инфекционная

2) ферментативная

3) алиментарная

4) аллергическая

5) аутоиммунная *

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

1) острая

2) первично-хроническая

3) хроническая

4) скоротечная

5) подострая *

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

1) об острой форме неспецифического язвенного колита

2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *

3) о хронической форме неспецифического язвенного колита

4) о подострой форме неспецифического язвенного колита

5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) бактериологическое

2) рентгенологическое

3) эндоскопическое *

4) пальцевое ректальное

5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

1) колита

2) болезни Гиршпрунга

3) неспецифического язвенного колита *

4) болезни Крона

5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессирующее ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома *
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны *
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

- 1) ревизия и санация брюшной полости
- 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
- 4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *
- 5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, цекостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полсти
- 5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) пальцевое ректальное исследование *
- 4) ангиография
- 5) пункция образования

40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:

- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
- 2) дренирование кисты
- 3) антибактериальная терапия
- 4) рентгенотерапия

5) наблюдение

41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая

3) третья *

4) четвертая

5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

1) компенсированную

2) субкомпенсированную

3) декомпенсированную *

4) II степень

5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) пальцевое исследование прямой кишки *

3) ирригография с воздухом

4) лапароскопия

5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
22	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
33	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБ «Консультант врача»
44	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
55	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
66	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
77	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
22	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
33	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
44	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
55	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
66	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
77	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
88	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	1	
99	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
110	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
111	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	
112	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бином	2	
113	Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс-информ	1	

	взрослых: справ.- практ. пособие				
114	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
115	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	2	
116	Политравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

Тема 9.4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия малого таза и промежности (практическое занятие).

Цель: изучение наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии и топографической анатомии малого таза и промежности.

Задачи:

Рассмотрение вопросов оперативной хирургии и топографической анатомии малого таза и промежности; возрастные особенности анатомии, анатомических образований и оперативных доступов

Обучить: методам гидравлической препаровки, доступам к анатомическим образованиям указанных областей

Изучить возрастные особенности оперативной хирургии и топографической анатомии малого таза и промежности у детей: возрастные особенности анатомии, хода анатомических образований и оперативных доступов

Формируемые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать:

- Особенности возрастной анатомии у детей.
- Технику и этапы оперативных пособий на изучаемых анатомических областях

Ординатор должен уметь ставить показания к осуществлению того или иного доступа на изучаемых анатомических областях при различных хирургических заболеваниях.

Ординатор должен овладеть навыками: препаровки тканей при оперативных вмешательствах на изучаемых анатомических областях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Блокада полового нерва, внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову.
2. Операции на мочевом пузыре: пункция мочевого пузыря, цистотомия, цистостомия, ушивание ран пузыря. Понятие о пластике мочевого пузыря, об операциях по поводу экстротфии и дивертикуле мочевого пузыря.
3. Операции на предстательной железе по поводу аденомы и рака предстательной железы.
4. Пункция прямокишечно-маточного углубления, кольпотомия, операции при нарушенной внематочной беременности.
5. Операции по поводу геморроя, выпадения прямой кишки и атрезий кишки и анального отверстия.
6. Операции при неопущении яичка; водянке оболочек яичка и семенного канатика, при фимозе и парафимозе. Понятие об операциях при мужском и женском бесплодии.
7. Дренирование флегмон таза.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- отработка практических навыков (определение оптимального доступа и хода операции),
- освоение манипуляций (препаровка органов и тканей) по алгоритму под контролем преподавателя

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: результаты осмотра и анамнеза - характер заболевания - пораженный орган (система) - дополнительные методы обследования – диагноз - лечебная тактика на стационарном и амбулаторном этапе

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки. Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

Контрольные вопросы

6. Ваш предположительный диагноз?
7. Методы обследования?
8. Этиология, патогенез заболевания?
9. Классификация заболевания?
10. Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля)

Вопросы для самоконтроля:

1. Блокада полового нерва, внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову.
2. Операции на мочевом пузыре: пункция мочевого пузыря, цистотомия, цистостомия, ушивание ран пузыря. Понятие о пластике мочевого пузыря, об операциях по поводу экстротфии и дивертикуле мочевого пузыря.
3. Операции на предстательной железе по поводу аденомы и рака предстательной железы.
4. Пункция прямокишечно-маточного углубления, кольпотомия, операции при нарушенной внематочной беременности.
5. Операции по поводу геморроя, выпадения прямой кишки и атрезий кишки и анального отверстия.
6. Операции при неопущении яичка; водянке оболочек яичка и семенного канатика, при фимозе и парафимозе. Понятие об операциях при мужском и женском бесплодии.
7. Дренирование флегмон таза.

Тестовый контроль:

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

- 1) – 3-4 неделя
- 2) – 6-10 неделя
- 3) – 7-12 неделя
- 4) – 3-14 неделя*
- 5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИ ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1) – восходят и пронируются*
- 2) – нисходят и пронируются
- 3) – восходят и супинируются
- 4) – нисходят и супинируются
- 5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пальпация
- 2) экскреторная урография *
- 3)

ультразвуковое	сканирование
радиоизотопнос	исследование
- 4)

ультразвуковое	сканирование
радиоизотопнос	исследование
- 5) ангиоренография

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря
- 2) гидронефроза
- 3) пороков уретры и ПМР*
- 4) удвоения верхних мочевых путей
- 5) нефроптоза

5. ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

- 1) – из мезонефроса
- 2) – из мюллерова канала
- 3) – из вольфова канала *
- 4) – из метанефрогенной бластемы

5) – из аллантаоиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО...

- 1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы
- 2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*
- 3)– недоразвитие собирательных канальцев
- 4) - несостыковка мочеточникового зачатка и уrogenитального синуса
- 5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) ретроградную пиелографию
- 2) экскреторную урографию
- 3) цистоскопию *
- 4) цистоуретрографию
- 5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

- 1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *
- 2) признаки нарушения сократительной способности лоханки
- 3) признаки вторичного пиелонефрита
- 4) истончение почечной паренхимы
- 5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

- 1) – гидронефрозом
- 2)– поликистозом
- 3) – губчатой почкой
- 4) – гидрокаликозом
- 5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) пиурию
- 2) альбуминурию
- 3) микрогематурию
- 4) макрогематурию*
- 5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

- 1) экскреторную урографию*
- 2) цистографию
- 3) цистоскопию
- 4) цистометрию
- 5) УЗИ с определением кровотока

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
22	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6 -	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
33	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	- 1	ЭБ «Консультант врача»
44	Детская хирургия.	М.П.Разин , С.В. Минаев, И.А.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-

	Учебник для студентов медицинских вузов.	Турабов и др.			
55	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
66	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
77	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
22	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
33	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
44	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
55	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
66	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
77	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ

	пособие (гриф УМО)				
88	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	1	
99	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
110	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
111	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	
112	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бинном	2	
113	Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых: справ.- практ. пособие	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс-информ	1	
114	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
115	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	2	
116	Политравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

Тема 9.5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия конечностей (практическое занятие).

Цель: изучение наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии и топографической анатомии конечностей.

Задачи:

Рассмотрение вопросов оперативной хирургии и топографической анатомии конечностей; возрастные особенности анатомии, анатомических образований и оперативных доступов

Обучить: методам гидравлической препаровки, доступам к анатомическим образованиям указанных областей

Изучить возрастные особенности оперативной хирургии и топографической анатомии головы и шеи у детей: возрастные особенности анатомии, хода анатомических образований и оперативных доступов

Формируемые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Ординатор должен знать:

- Особенности возрастной анатомии анатом конечностей у детей.

- Технику и этапы оперативных пособий на изучаемых анатомических областях

Ординатор должен уметь ставить показания к осуществлению того или иного доступа на изучаемых анатомических областях при различных хирургических заболеваниях.

Ординатор должен овладеть навыками: препаровки тканей при оперативных вмешательствах на изучаемых анатомических областях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Принципы и техника первичной хирургической обработки ран конечностей. Операции при гнойных заболеваниях мягких тканей. Разрезы при флегмонах кисти и панарициях. Вскрытие флегмон надплечья, плеча, предплечья, ягодичной области, бедра, голени и стопы.
2. Операции на сосудах. Анатомо-физиологическое обоснование. Хирургический инструментарий и аппаратура. Венепункция и венесекция. Катетеризация магистральных сосудов. перевязка сосудов в ране и на протяжении. Сосудистый шов, пластические и реконструктивные операции на сосудах, эндоваскулярная хирургия, операции при аневризмах, при варикозном расширении вен и посттромбофлебитическом синдроме. Понятие о микрохирургической технике в сосудистой хирургии.
3. Операции на нервах и сухожилиях. Блокада нервных стволов и сплетений, шов нерва, понятие о невротомии, невролизе, неврэктомии и пластических операциях на нервах. Шов сухожилий по Ланге, Кюнео, Казакову, адаптационный шов по Бенелю и Пугачеву.
4. Операции на суставах. Пункция и артротомия плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, артротомия плечевого и коленного суставов.
5. Операции на костях. Понятия об остеотомии, резекции кости, операции при остеомиелите трубчатых костей конечностей. Скелетное вытяжение, остеосинтез: экстрамедулярный, интрамедулярный и внеочаговый. Операции по поводу врожденных пороков развития конечностей: синдактилии, врожденного вывиха бедра, косолапости.
6. Ампутации конечностей. Общие принципы усечения конечностей. Виды ампутаций в зависимости от времени выполнения, формы разреза, состава тканей, входящих в состав лоскутов. Методы обработки сосудов, нервов, кости и надкостницы. Основные этапы операции, принципы формирования ампутационной культи. Порочная культя. Особенности ампутации у детей. Усечения пальцев кисти. Кинематизация (фалангизация) культи предплечья и кисти. Реплантиция пальцев кисти и стопы.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- отработка практических навыков (определение оптимального доступа и хода операции),
- освоение манипуляций (препаровка органов и тканей) по алгоритму под контролем преподавателя

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задачи: результаты осмотра и анамнеза - характер заболевания - пораженный орган (система) - дополнительные методы обследования - диагноз - лечебная тактика на стационарном и амбулаторном этапе

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мальчик, 7 лет заболел 9 марта, появились боли в левой ноге, стал хромать. Температура не измерялась. На следующий день появились отёк и гиперемия в верхней трети голени, боли усилились, перестал ходить. 11 марта родители обратились к врачу поликлиники, рекомендовано лечение компрессами и тёплыми ваннами. Состояние ухудшилось.

В хирургическое отделение доставлен 15 марта. Состояние тяжёлое, температура 39⁰ С. Ребёнок вялый, спутанно реагирует на окружающее. Кожный покров бледный. Язык суховат, покрыт серым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 140 в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот безболезненный. Левая нижняя конечность находится в положении лёгкого сгибания, приведена к животу. В области левого бедра, коленного сустава и голени (особенно) выраженная припухлость. Окружность левой голени в средней трети на 4 см больше правого. Коленный сустав увеличен на 3 см, бедро в области нижней трети – на 2 см по сравнению с правой нижней конечностью.

ПАК: Нв – 136 г/л, Эр – 4,2х10¹²/л, Т – 260х10⁹/л, Л – 14х10⁹/л, П/я – 10%, С – 79%, Лф – 6%, Э – 4%, Б – 1%, СОЭ – 48 мм/час.



Общий вид конечностей



Рентгенография левого бедра через 3 нед от начала заболевания

Вопросы:

- 1 Каков ваш диагноз?

- 2 Расскажите об этиологии и патогенезе заболевания.
- 3 Какова классификация?
- 4 Какие диагностические ошибки были на амбулаторном этапе и Ваша тактика?
- 5 Назначьте лечение.
- 6 Каков прогноз?
- 7 Чем характеризуется выздоровление, и кто проводит диспансерное наблюдение ребёнка?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1 Острый гематогенный остеомиелит левой большеберцовой кости, левого бедра, гнойный гонит слева. Септикопиемическая форма.
- 2 Развитие болезни обусловлено гноеродной микрофлорой (в 65%-90% золотистый стафилококк, реже кишечная палочка, вульгарный протей, диплококк, микробные ассоциации). Инфекция проникает в костный мозг в результате *бактериемии*. Разрешающими факторами могут быть травма, переохлаждение, перенесённое инфекционное заболевание. Важнейшее значение в возникновении и развитии патологического процесса у детей имеют *возрастные особенности строения растущей кости*. Количество сосудистых анастомозов невелико, многие растущие вместе с костью капилляры заканчиваются слепо, и находящиеся в организме микробы, попадая в ток крови, оседают в виде микробных эмболов в этих концевых сосудах, вызывая тромбофлебиты, которые служат источником гнойно-воспалительного процесса.
В интрамедуллярную фазу происходят значительные нарушения в стенках сосудов костного мозга. В замкнутом твёрдыми стенками костномозгового канала пространстве серозный, а затем гнойный отёк значительно **повышает внутрикостное давление**. Гнойно-воспалительный очаг прогрессивно распространяется на все участки костномозгового канала. Костные балки губчатой кости и костная ткань компактного слоя подвергаются лизису ферментами гноя. Гнойный процесс по гаверсовым каналам, разрушая их, распространяется к периосту на всём протяжении костномозговой полости.
В экстрамедуллярной фазе нарастающий воспалительный процесс приводит к проникновению гноя за пределы костномозгового канала под надкостницу. Развивается *поднадкостничный абсцесс*, который отслаивает надкостницу и, тем самым ещё больше нарушая питание компактного слоя кости, способствует некрозу костной ткани в участках, захваченных воспалением. После того, как лизируется надкостница, формируется *межмышечная флегмона*.
- 3 Различают острый и хронический гематогенный остеомиелит. Первый может протекать в виде местной, септикопиемической или токсической форм. Хронический остеомиелит подразделяют на первичный (атипичные формы: абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма) и вторичный хронический (результат неадекватно пролеченного острого). Эпифизарный остеомиелит у новорождённых и младенцев чаще протекает в виде септикопиемической формы.
- 4 На амбулаторном этапе не была выполнена своевременная диагностика острого гематогенного остеомиелита (которая считается своевременной, если выполнена в первые 3 суток от начала заболевания), хотя имелись все данные, чтобы заподозрить это заболевание.
 Врачебная тактика должна заключаться в экстренной остеоперфорации проксимального конца левой большеберцовой кости, дистального конца бедра, пункции левого коленного сустава и проведении интенсивной терапии в условиях палаты интенсивной терапии и реанимации.
- 5 Проводятся остеоперфорации из нескольких точек, включая пункцию сустава. Имобилизация конечности; инфузионная и дезинтоксикационная терапия (кристаллоиды и коллоиды), антибиотикотерапия (эмпирическая: цефамандол + тобрамицин, в последующем с учётом чувствительности), гепаринотерапия, коррекция водно-электролитного баланса и КОС, иммуностропная заместительная терапия, физиолечение, селективная деконтаминация, постепенная дробная нагрузка на левую нижнюю конечность.
- 6 Прогноз для жизни относительно благоприятный, для здоровья и течения заболевания – серьёзный. Исходы лечения гематогенного остеомиелита оцениваются по трём возможным векторам: выздоровление, хронизация процесса, летальный исход.
- 7 Выздоровление характеризуется хорошим самочувствием больного, восстановлением функции поражённой конечности, заживлением всех ран. На рентгенограммах отсутствуют признаки деструкции кости, может быть лишь некоторое утолщение периоста и отдельные очаги остеосклероза без секвестров. Диспансерное наблюдение за больными детьми осуществляет детский хирург поликлиники в течение 5 лет.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Принципы и техника первичной хирургической обработки ран конечностей. Операции при гнойных заболеваниях мягких тканей. Разрезы при флегмонах кисти и панарициях. Вскрытие флегмон надплечья, плеча, предплечья, ягодичной области, бедра, голени и стопы.
2. Операции на сосудах. Анатомо-физиологическое обоснование. Хирургический инструментарий и аппаратура. Венепункция и венесекция. Катетеризация магистральных сосудов. Перевязка сосудов в ране и на протяжении. Сосудистый шов, пластические и реконструктивные операции на сосудах, эндоваскулярная хирургия, операции при аневризмах, при варикозном расширении вен и посттромбофлебитическом синдроме. Понятие о микрохирургической технике в сосудистой хирургии.
3. Операции на нервах и сухожилиях. Блокада нервных стволов и сплетений, шов нерва, понятие о невротомии, невролизе, неврэктомии и пластических операциях на нервах. Шов сухожилий по Ланге, Кюнео, Казакову, адаптационный шов по Бенелю и Пугачеву.
4. Операции на суставах. Пункция и артротомия плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, артротомия плечевого и коленного суставов.
5. Операции на костях. Понятия об остеотомии, резекции кости, операции при остеомиелите трубчатых костей конечностей. Скелетное вытяжение, остеосинтез: экстрамедулярный, интрамедулярный и внеочаговый. Операции по поводу врожденных пороков развития конечностей: синдактилии, врожденного вывиха бедра, косолапости.
6. Ампутации конечностей. Общие принципы усечения конечностей. Виды ампутаций в зависимости от времени выполнения, формы разреза, состава тканей, входящих в состав лоскутов. Методы обработки сосудов, нервов, кости и надкостницы. Основные этапы операции, принципы формирования ампутационной культи. Порочная культя. Особенности ампутации у детей. Усечения пальцев кисти. Кинематизация (фалангизация) культи предплечья и кисти. Реплантиция пальцев кисти и стопы.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФИКСИРОВАТЬ ПАЛЕЦ ПРИ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ СЛЕДУЕТ

- 1) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах
- 2) при переразгибании в суставах пальца
- 3) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе и разгибания в проксимальном
- 4) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном ("писчего пера")*
- 5) при максимальном сгибании во всех суставах пальца

2. ПРИ РАНЕНИИ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА СВОДИТСЯ

- 1) к наложению первичного шва сухожилия *
- 2) к лечению под мазевыми повязками
- 3) к гипсовой иммобилизации
- 4) к фиксации в металлической шине Розова
- 5) к лейкопластырной повязке

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ, ФИКСИРОВАННОГО В ГИПСЕ, ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА СРЕДНЕЙ ИЛИ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ БУДЕТ

- 1) положение максимального сгибания
- 2) положение максимального разгибания
- 3) среднефизиологическое положение *
- 4) положение писчего пера
- 5) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90 градусов

4. ПРИ ЗАДНЕМ (ПОДВЗДОШНОМ) ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

- 1) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри *
- 2) согнута и ротирована кнаружи
- 3) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах
- 4) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи
- 5) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе

5.ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1).моделированную гипсовую лонгету
- 2).удаление надколенника
- 3)стабилизирующие пластические операции*
- 4)надмышцелковую остеотомию бедра
- 5)иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой

6.ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИК СМЕЩЕН

- 1)кнаружи *
- 2)вниз
- 3)кнутри
- 4)кзади
- 5)вверх

7.МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ И ОСТРОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия *
- 2) вправление, гипсовая лонгета
- 3) открытое вправление, давящая повязка
- 4) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы
- 5) закрытое вправление без иммобилизации

8.ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ ПОКАЗАНО

- 1)при поперечном переломе с полным смещением
- 2)при переломе с большим угловым смещением
- 3)при оскольчатом переломе со значительным смещением отломка
- 4)при всех видах переломов *
- 5)не показано

9.ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ

- 1)лучевой нерв
- 2)локтевой нерв *
- 3)срединный нерв
- 4)мышечно-кожный нерв
- 5)нервы не страдают

10.ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСТРАДАВШЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) ушивание раны, гипсовую повязку
- 2) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию
- 3) рентген-снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс *
- 4) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование
- 5) артротомия с ревизией коленного сустава

11.СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА СОСТАВЛЯЮТ

- 1)2 недели
- 2)3 недели
- 3)4 недели
- 4)5 недель

5)6 недель *

12.ТИПИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)форсированное отведение и наружная ротация голени*
- 2)форсированное приведение голени в коленном суставе
- 3)форсированное разгибание в суставе
- 4)форсированное сгибание в суставе
- 5)резкое отведение голени в коленном суставе

13.ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)блокада коленного сустава
- 2)симптом выдвигающего ящика*
- 3)сгибательная контрактура в коленном суставе

4)разгибательная контрактура в коленном суставе

5)симптом прилипшей пятки

14.ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

1)открытую репозицию

2)открытую репозицию и остеосинтез *

3)аппаратное лечение

4)скелетное вытяжение

5)ревизию и гипсовую иммобилизацию

15.АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ КАСАЮТСЯ

1)закрытых внутрисуставных переломов со смещением *

2)закрытых диафизарных переломов 2 костей голени

3)метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением

4)закрытых переломов с полным смещением

5)всех видов переломов со смещением отломков

16.КОНТРОЛЬНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК В ГИПСЕ ПРИ МЕТАДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

1)на 2-е сутки

2)на 3-5-е сутки

3)на 6-7-е сутки

4)на 10-14-е сутки *

5)рентгенологический контроль не обязателен

17.ДЛЯ РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА I ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА (АТЛАНТА) У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН

1)наклон головы и поворот ее в здоровую сторону *

2)поворот головы в сторону подвывиха

3)ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди

4)полный объем движений

5)нет характерных симптомов

18.НАЗВАНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ НОСИТ

1)сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса*

2)сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков

3)сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта

4)сустав между телами I и II шейных позвонков

5)такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет

19.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

1)шейном отделе:

2)верхнегрудном отделе

3)среднегрудном отделе *

4)нижнегрудном отделе

5)поясничном отделе

20.ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

1)на грудь

2)на спину*

3)на ягодицы

4)на ноги

5)на голову

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие ЭБС
1	2	3	4	5	6

11	Детская хирургия: нац. руководство	под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова	2009 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	3	ЭБ «Консультант врача»
22	Травматология: нац. руководство	под ред. Г.П. Котельникова	2008 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	6 -	ЭБ «Консультант врача» + ЭБС «Консультант студента»
33	Ортопедия: нац. руководство	под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова	2013 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	- 1	ЭБ «Консультант врача»
44	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
55	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
66	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
77	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
22	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
33	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
44	Особенности травматологии и	М.П. Разин	2013 Киров	-	ЭБС Кировского

	ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	В.Н. Галкин Н.К. Сухих			ГМУ
55	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В.Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
66	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
77	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
88	Оперативная урология: атлас	Ф. Хинман	2007 Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	1	
99	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
110	Хирургия живота и промежности у детей: атлас	под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	2012 Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	-	ЭБС «Консультант студента»
111	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей	ред. А. В. Гераськин	2011 Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	3	
112	Неотложные состояния у детей: справочник	Ю.Е.Вельтищев, В. Е. Шаробаро	2013 Бинوم	2	
113	Инфузионно- трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых: справ.- практ. пособие	Ю.Б. Жидков, Л.В. Колотилов	2005 Медпресс- информ	1	
114	Эндохирургические операции у новорожденных	А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина.	2015 МИА	2	
115	Детская нефрология: руководство для врачей	ред. М. С. Игнатова	2011 Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	2	
116	Политравма. Лечение детей: монография	ред. В. В. Агаджанян	2014 Наука	1	

Составитель: Н.К.Сухих

Зав. кафедрой М.П.Разин

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Детской хирургии
Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине

«Детская хирургия»

Специальность 31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье	З1: основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	У1: проводить лечебно-профилактическую, санитарно-противоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	В1: методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	семестр1
					Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	семестр2
					Раздел 3. Хирургия новорожденных	
					Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	семестр3
				Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	семестр4	
				Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста		
				Раздел 7. Онкология детского возраста		
				Раздел 8. Интенсивная		

	человека факторов среды его обитания				терапия и реанимация при хирургической патологии у детей Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	З1: основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации детей и подростков	У1: проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	В1: методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	семестр1
					Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	семестр2
					Раздел 3. Хирургия новорожденных	
					Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	семестр3
					Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	семестр4
					Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	
					Раздел 7. Онкология детского возраста	
					Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	
					Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международно	З1: основные психопатологические симптомы и синдромы, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию	У1: анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	В1: навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	семестр1
	Международно				Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	семестр2
					Раздел 3. Хирургия	

					реанимация при хирургической патологии у детей Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	З1: основные виды природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	У1: использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	В1: навыками проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	семестр1
					Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	семестр2
					Раздел 3. Хирургия новорожденных	
					Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей	семестр3
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья	З1: методы обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	У1: проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	В1: навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	Раздел 5. Урология-андрология детского возраста	семестр4
					Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста	
					Раздел 7. Онкология детского возраста	
					Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей	
					Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья	З1: методы обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	У1: проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	В1: навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста	семестр1
					Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста	семестр2
					Раздел 3. Хирургия новорожденных	

	окужающих				Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей Раздел 5. Урология-андрология детского возраста Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста Раздел 7. Онкология детского возраста Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при хирургической патологии у детей Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	семестр3 семестр4
УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	31. основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	У1. получить информацию о развитии и течении заболевания	В1. местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад);	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста Раздел 2. Плановая хирургия детского возраста Раздел 3. Хирургия новорожденных Раздел 4. Хирургическая инфекция у детей Раздел 5. Урология-андрология детского возраста Раздел 6. Травматология и ортопедия детского возраста Раздел 7. Онкология детского возраста Раздел 8. Интенсивная терапия и реанимация при	семестр1 семестр2 семестр3 семестр4
		32: современные теоретические и экспериментальные методы для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику	У2: выявлять основные закономерности и изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	В2: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и этики.		

					хирургической патологии у детей Раздел 9. Оперативная хирургия и топографическая анатомия	
--	--	--	--	--	---	--

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
<i>ПК-1 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	Общие, но не структурированные знания основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	Сформированные систематические знания основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение проводить лечебно-профилактическую, санитарнопротивоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить лечебно-профилактическую, санитарнопротивоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить лечебно-профилактическую, санитарнопротивоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	Сформированное умение проводить лечебно-профилактическую, санитарнопротивоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

					виум	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.	Успешное и систематическое применение навыков владения методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-2 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации различных социальных групп населения.	Общие, но не структурированные знания основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации различных социальных групп населения.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации различных социальных групп населения.	Сформированные знания основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, принципы диспансеризации различных социальных групп населения.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	Сформированное умение проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

					ль, коллок виум	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общего клинического обследования населения с учетом возраста, и особенностей патологии.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллок виум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-5(1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания основных психопатологических симптомов и синдромов, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию болезней (МКБ).	Общие, но не структурированные знания основных психопатологических симптомов и синдромов, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию болезней (МКБ).	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных психопатологических симптомов и синдромов, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию болезней (МКБ).	Сформированные знания основных психопатологических симптомов и синдромов, клиническую картину нозологических форм психических заболеваний; Международную классификацию болезней (МКБ).	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллок виум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	Сформированное умение анализировать клинические симптомы для выявления наиболее распространенных заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

					ль, коллок виум	
Владеть	Фрагментарное применение навыков постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов	В целом успешное, но не систематическое применение навыков постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов	Успешное и систематическое применение навыков постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического и параклинического обследования пациентов	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллок виум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-5(2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания общих принципов и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; основы патологии при акушерских и гинекологических болезнях, патофизиологию функциональных систем и органов, патогенез хирургических заболеваний.	Общие, но не структурированные знания общих принципов и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; основы патологии при акушерских и гинекологических болезнях, патофизиологию функциональных систем и органов, патогенез хирургических заболеваний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания общих принципов и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; основы патологии при акушерских и гинекологических болезнях, патофизиологию функциональных систем и органов, патогенез хирургических заболеваний.	Сформированные знания общих принципов и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; основы патологии при акушерских и гинекологических болезнях, патогенез хирургических заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллок виум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное умение организовать выполнение специальных методов исследования и	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение организовать выполнение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение организовать выполнение	Сформированное умение организовать выполнение специальных методов исследования	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических	Тестовый контроль, проверка практических

	уметь интерпретировать их результаты; проводить дифференциальный диагноз; оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния.	специальных методов исследования и уметь интерпретировать их результаты; проводить дифференциальный диагноз; оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния.	специальных методов исследования и уметь интерпретировать их результаты; проводить дифференциальный диагноз; оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния.	и уметь интерпретировать их результаты; проводить дифференциальный диагноз; оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния.	еских разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	ческих умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков определения объема и последовательности и применения методов обследования и лечебных мероприятий; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков определения объема и последовательности и применения методов обследования и лечебных мероприятий; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков определения объема и последовательности применения методов обследования и лечебных мероприятий; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.	Успешное и систематическое применение навыков определения объема и последовательности применения методов обследования и лечебных мероприятий; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-6 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания основных клинических симптомов-мишени для своевременной диагностики нарушений; методы и технологии лечения хирургических заболеваний.	Общие, но не структурированные знания основных клинических симптомов-мишени для своевременной диагностики нарушений; методы и технологии лечения хирургических заболеваний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных клинических симптомов-мишени для своевременной диагностики нарушений; методы и технологии лечения хирургических заболеваний.	Сформированные знания основных клинических симптомов-мишени для своевременной диагностики нарушений; методы и технологии лечения хирургических заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Уметь	Частично освоенное умение определить показания к оказанию хирургической помощи в комплексном лечении хирургических больных.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определить показания к оказанию хирургической помощи в комплексном лечении хирургических больных.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение определить показания к оказанию хирургической помощи в комплексном лечении хирургических больных.	Сформированное умение определить показания к оказанию хирургической помощи в комплексном лечении хирургических больных.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков использования основных технологий для лечения хирургических заболеваний.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков использования основных технологий для лечения хирургических заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков и использования основных технологий для лечения хирургических заболеваний.	Успешное и систематическое применение навыков использования основных технологий для лечения хирургических заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-8 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания основных видов природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	Общие, но не структурированные знания основных видов природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных видов природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	Сформированные знания основных видов природных лечебных факторов, немедикаментозных методов воздействия, психофармакологической и психотерапевтической работы, используемых при лечении заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Уметь	Частично освоенное умение использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	Сформированное умение использовать природные, немедикаментозные, фармакогенные, реабилитационные подходы в комплексном лечении заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	Успешное и систематическое применение навыков проведения комплексного лечения основных групп заболеваний.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>ПК-9 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания методов обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	Общие, но не структурированные знания методов обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	Сформированные систематические знания методов обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Уметь	Частично освоенное умение проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	Сформированное умение проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	Успешное и систематическое применение навыков составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>УК-1(1)</i>						
Знать	Не знает основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	Не в полном объеме знает основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, допускает существенные ошибки	Знает основные вопросы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, допускает ошибки	Знает основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Уметь	Не умеет принимать информацию о развитии и течении заболевания	Частично освоено умение получить информацию о развитии и течении заболевания	Правильно использует навыки принимать информацию о развитии и течении заболевания, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение получить информацию о развитии и течении заболевания	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Не владеет навыками местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад)	Не полностью владеет навыками местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад)	Способен использовать навыки владения местной анестезией (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад)	Владеет навыками местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад)	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
<i>УК-1(2)</i>						
Знать	Не знает основы современных теоретических и экспериментальных методов для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику	Не в полном объеме знает основы современных теоретических и экспериментальных методов для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику, допускает существенные ошибки	Знает основные вопросы современных теоретических и экспериментальных методов для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику, допускает ошибки	Знает основы современных теоретических и экспериментальных методов для внедрения собственных и заимствованных результатов научных исследований в клиническую практику	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовой контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

Уметь	Не умеет принимать основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	Частично освоено умение выявлять основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	Правильно использует навыки принимать основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	Самостоятельно использует умение выявлять основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач
Владеть	Не владеет навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	Не полностью владеет навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	Способен использовать навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	Владеет навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	Устный опрос в ходе занятий, во время клинических разборов, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум	Тестовый контроль, проверка практических умений, собеседование, решение ситуационных задач

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену (собеседованию), критерии оценки компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

1. Аденофлегмона подчелюстной области
2. Атрезия ануса и прямой кишки
3. Атрезия желчных путей
4. Ахалазия пищевода
5. Бактериально-деструктивная пневмония
6. Бронхоэктатическая болезнь
7. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
8. Внезапная остановка сердца
9. Врожденная высокая непроходимость ЖКТ
10. Врожденная диафрагмальная грыжа
11. Врожденная лобарная эмфизема
12. Врожденная высокая кишечная непроходимость

13. Врожденный гидронефроз
14. Врожденный заворот кишечника
15. Врожденный пилоростеноз
16. Врожденный порок развития – синдром Ледда
17. Гематометрокольпос
18. Гипоспадия
19. Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы
20. Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза
21. Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи
22. Дифференциальная диагностика кисты ухахуса
23. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
24. Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом
25. Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения
26. Закрытая черепно-мозговая травма
27. Инвагинация кишечника
28. Копростаз. Дифференциальная диагностика
29. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей
30. Лимфангиома в области шеи
31. Лобарная эмфизема
32. Невправимая паховая грыжа
33. Некротическая флегмона новорожденных
34. Ожоговая болезнь
35. Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
36. Острый аппендицит
37. Острый гематогенный остеомиелит
38. Отравление ароматическими углеводородами
39. Перфоративная язва полого органа
40. Пищеводное кровотечение на фоне синдрома портальной гипертензии
41. Подковообразная почка
42. Подпеченочный абсцесс брюшной полости
43. Поликистоз почек, диспансерное наблюдение
44. Послеоперационные осложнения острого аппендицита
45. Послеоперационный инфильтрат
46. Правосторонняя паховая грыжа
47. Родовая травма, перелом бедра
48. Родовая травма, повреждение органов забрюшинного пространства
49. Рубцовый стеноз пищевода
50. Синдром инфравезикальной обструкции, дифференциальный диагноз
51. Синдром пальпируемой опухоли в животе
52. Спаечная кишечная непроходимость
53. Ущемленная паховая грыжа
54. Химический ожог пищевода
55. Черепно-мозговая травма, травматический шок
56. Экстрофия мочевого пузыря
57. Электротравма
58. Эписпадия
59. Эпифизарный остеомиелит
60. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется

обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Вопросы для устного опроса, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

1. В чем заключается особенность воспалительного процесса при гнойно-некротической флегмоне новорожденных?
2. Назовите наиболее частые локализации гнойно-некротической флегмоны новорожденных
3. В чем заключаются особенности хирургического лечения гнойно-некротической флегмоны новорожденного?
4. Назовите причины развития омфалита
5. В какие сроки заканчивается эпителизация пупочной ранки в норме? Какие формы омфалита Вы знаете?
6. Какие врожденные пороки развития могут сопровождается симптомом "мокнущего пупка"?
7. При каких формах омфалита необходимо хирургическое вмешательство, в чем оно заключается?
8. Назовите возможные осложнения омфалита
9. С какими анатомо-физиологическими особенностями детского организма связан этиопатогенез гематогенного остеомиелита?
10. Какие фазы течения воспалительного процесса выделяют в клиническом развитии острого гематогенного остеомиелита?
11. Какие формы острого гематогенного остеомиелита встречаются в клинической практике? Какие клинические симптомы являются патогномичными для острого гематогенного остеомиелита?
12. Как меняется лейкоцитарный индекс интоксикации при остром гематогенном остеомиелите?
13. Возрастные нормы внутрикостного давления у детей
14. В какие сроки появляются рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита?
15. Абсолютное показание для остеоперфорации
16. Препаратам каких групп следует отдавать предпочтение для проведения стартовой антибиотикотерапии при остром гематогенном остеомиелите?
17. Пути введения антибиотиков в организм больного при остром гематогенном остеомиелите
18. С какой целью показано проведение селективной деконтаминации?
19. Какие препараты используются для селективной деконтаминации?
20. Показано ли проведение гепаринотерапии при остром гематогенном остеомиелите?
21. Какие мероприятия назначаются больным с острым гематогенным остеомиелитом для послеоперационной реабилитации?
22. В каком возрасте встречается эпифизарный остеомиелит?
23. Перечислите клинические признаки эпифизарного остеомиелита

24. Перечислите признаки хронического остеомиелита
25. Чем объясняется развитие атипичных форм гематогенного остеомиелита?
26. В каком возрасте может встречаться острый аппендицит?
27. С чем связаны особенности острого аппендицита у детей?
28. Каким специалистом должен быть сразу осмотрен ребенок с болями в животе?
29. Какую клиническую симптоматику можно считать патогномоничной для острого аппендицита в детской практике?
30. Какие варианты атипичных расположений червеобразного отростка Вы знаете?
31. С чем связан абдоминальный болевой синдром при мезадените?
32. По каким показаниям осуществляется оперативное лечение острого аппендицита?
33. Как лечится аппендикулярный инфильтрат у детей?
34. Какие стадии перитонита Вы знаете?
35. Из каких материалов должны быть изготовлены дренажи для дренирования брюшной полости ребенка?
36. Перечислите основные причины перфоративного перитонита у детей
37. Назовите клинические признаки перитонита у новорожденных
38. Дети какого возраста наиболее подвержены развитию деструктивных пневмоний?
39. Какими микроорганизмами вызываются деструктивные пневмонии у детей?
40. Как клинически и рентгенологически проявляется пиоторакс?

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень: тестовые задания для экзамена

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

1. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы: (ПК-5, ПК-8)

- а) острое начало
- б) стойкая гипертермия
- в) мигрирующие боли в суставах
- г) резкая локальная боль
- д) вынужденное положение конечности

2. **Характерными симптомами декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:** (ПК-5, ПК-8)

- а) застойная рвота
- б) постоянное вздутие живота
- в) болезненный, напряженный живот
- г) отсутствие стула и газов
- д) каловая интоксикация

3. **Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с:** (ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) туберкулезом
- б) ревматоидным артритом
- в) гемлимфангиомой
- г) флегмоной
- д) травмой

4. **Острое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при**(ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) геморрагической болезни новорожденных
- б) портальной гипертензии
- в) язвенной болезни желудка
- г) дивертикуле Меккеля
- д) рефлюкс-эзофагите

5. **Если ребенок выпил уксусную эссенцию, при госпитализации необходимо выполнить:** (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, УК-1).

- а) диагностическую эндоскопию
- б) промывание желудка
- в) внутриносовую новокаиновую блокаду
- г) осмотр токсиколога

6. **Желудочно-пищеводный рефлюкс может осложниться:** (ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) стенозом пищевода на границе средней и нижней трети
- б) перфорацией пищевода
- в) мегаэзофагусом
- г) язвенно-эрозивным эзофагитом
- д) аспирационным синдромом

7. **Для желудочно-пищеводного рефлюкса характерны:** (ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) срыгивания в горизонтальном положении
- б) кашель во сне
- в) рвота молоком с 3 - 4 недель
- г) симптом "мокрой подушки"

8. **Характерными симптомами синдрома внутригрудного напряжения являются:**(ПК-9, ПК-8)

- а) смещение средостения в сторону поражения
- б) расширение межреберных промежутков на стороне поражения
- в) поражение одной стороны грудной клетки
- г) вздутие грудной клетки на стороне поражения

9. Внутригрудное напряжение возникает при: :(ПК-9, ПК-8)

- а) врожденной доленой эмфиземе
- б) ложной диафрагмальной грыже
- в) агенезии легкого
- г) спонтанном пневмоторксе
- д) ателектазе легкого

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

10. Транспортировка ребенка с синдромом внутригрудного напряжения должна проводиться в положении(ПК-1,ПК-5, ПК-8)

- а) горизонтальном
- б) возвышенное на больном боку
- в) возвышенное на здоровом боку

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

11. Двумя ведущими симптомами кишечной непроходимости являются:(ПК-6, ПК-8)

- а) асимметрия живота
- б) вздутие живота
- в) отсутствие стула и газов
- г) выделение крови из прямой кишки
- д) рвота с патологическими примесями

12. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста проявляется: :(ПК-6, ПК-8)

- а) острым внезапным началом
- б) периодическим беспокойством
- в) застойной рвотой
- г) болезненным, напряженным животом
- д) выделением крови из прямой кишки

13. Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при: :(ПК-6, ПК-8)

- а) атрезии двенадцатиперстной кишки
- б) синдроме Ледца
- в) болезни Гиршпрунга
- г) ущемленной грыже
- д) инвагинации

14. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является:(ПК-6, ПК-8)

- а) наличие уровней жидкости в кишечных петлях
- б) равномерное, повышенное газонаполнение кишечника
- в) свободный газ в брюшной полости
- г) наличие уровня в свободной брюшной полости

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

15. При некротическом энтероколите на стадии клинических проявлений выражены симптомы: (ПК-6, ПК-1,ПК-5, ПК-8)

- а) рвота с примесью желчи
- б) вздутие живота с локальной болезненностью
- в) усиление перистальтики кишечника

- г) частый стул с патологическими примесями
- д) стул с примесью крови

16. Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений рентгенологически проявляется: :(ПК-5, ПК-8)

- а) повышенным равномерным газонаполнением кишечника
- б) локальным затемнением брюшной полости
- в) выпрямлением контуров кишечных петель
- г) пневматозом кишечной стенки
- д) свободным газом под куполом диафрагмы

17. Некротический энтероколит на стадии перфорации клинически проявляется: (ПК-5, ПК-8)

- а) рвотой кишечным содержимым
- б) стулом с алой кровью
- в) отсутствием стула и газов
- г) вздутием живота, напряжением мышц
- д) симптомом "исчезновения печеночной тупости"

18. Врожденный пилоростеноз проявляется симптомами: (ПК-6, ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) рвота молоком с рождения
- б) рвота створоженным молоком с 3-4 недели
- в) "мокрой подушки"
- г) метаболическим алкалозом
- д) запорами

19. Для некротической флегмоны новорожденных характерны симптомы: (ПК-6, ПК-1, ПК-5, ПК-8)

- а) разлитая гиперемия
- б) быстрая распространяемость
- в) бугристая инфильтрация
- г) повышение местной температуры
- д) местная болезненность

20. Клинически острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит у новорожденных проявляется: (ПК-5, ПК-8)

- а) парезом ручки
- б) сгибательной контрактурой в ножках
- в) болезненностью при сгибании - разгибании
- г) патологической подвижностью
- д) болезненность ротационных движений

2 уровень: - тестовые задания на соответствие

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

1 Укажите правильное соответствие метода обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита. (ПК-8)

- А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.
- Б. Эндотрахеальный наркоз.*
- В. Масочный наркоз.
- Г. Перидуральная анестезия.

2 Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:(ПК-5)

- А. Заворот кишок.*
- Б. Копростаз.
- В. Атония кишечника.
- Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля.*

3 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:(ПК-8)

- А. Экскреторная урография.
- Б. Цистография.
- В. Ультразвуковое исследование.
- Г. Цистоскопия.

4 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:(ПК-8)

- А. Одномоментная репозиция, закрытая.
- Б. Скелетное вытяжение.
- В. Интрамедуллярный остеосинтез.
- Г. Остеосинтез по Илизарову.

5 Укажите правильное соответствие симптомов кровотечению из дивертикула Меккеля:(ПК-8)

- А. Боль при дефекации.
- Б. Рвотой «кофейной гущей».
- В. Выделения крови со слизью из прямой кишки.
- Г. Коллаптоидным состоянием.
- Д. Повышением температуры тела.

3 уровень – задачи с вариантами ответов:

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела 37,3⁰, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз? (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3.)

1.

- А) язвенная болезнь ЖКТ;
- Б) портальная гипертензия;*
- В) синдром Мэллори-Вейса;
- Г) гемолитическая анемия;
- Д) острый гастроэнтерит

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

- А) Рентгенологический;
- Б) Радионуклидный;
- В) Фиброгастроскопия;*
- Г) Ангиография;
- Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – $7,6 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% ($1,22 \times 10^9/\text{л}$), В-лимфоциты – 20% ($0,35 \times 10^9/\text{л}$), CD₄-клетки – 38%, CD₈-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная? (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3.)

- А) дезинтоксикационной;
- Б) витаминотерапии;
- В) химиотерапии;
- Г) иммуностропной;*
- Д) лучевой

3. Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на асимметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае? (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3.)

- А) обзорная рентгенография;
- Б) ирригография;
- В) экскреторная урография;*
- Г) ангиография;
- Д) КТ

4. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% ($0,68 \times 10^9/\text{л}$), В-лимфоциты – 31,2% ($0,68 \times 10^9/\text{л}$), CD₄-клетки – 57%, CD₈-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?

- А) иммунозаместительный специфический;
- Б) иммуномодулирующий;*
- В) иммуностимулирующий;
- Г) иммунодепрессантный;

Д) иммунозаместительный неспецифический компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

5. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным?

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

- А) бронхография;
- Б) нейросонография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) эзофагография;*
- Д) УЗИ

6. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура $37,2^{\circ}$, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?
компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

- А) рентгенография;
- Б) МРТ;*
- В) ангиография;
- Г) УЗИ;
- Д) сцинтиграфия

7. Больной К, 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз?
компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

- А) нефробластома;
 - Б) врожденный гидронефроз;*
 - В) уретерогидронефроз;
 - Г) травма органов забрюшинного пространства;
 - Д) мультикистоз почки
- Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?
- А) цистография;
 - Б) УЗИ;*
 - В) экскреторная урография;
 - Г) обзорная рентгенография;
 - Д) ангиография

Критерии оценки :

- «отлично» - 91% и более правильных ответов;
- «хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
- «удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
- «неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

3.3 Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача №1

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

В стационар поступает мальчик в возрасте 2-х лет. Известно, что сутки назад он по неосторожности случайно сделал глоток уксусной эссенции. При поступлении: физическое развитие по возрасту. Состояние больного расценено как тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Выражено обильное слюнотечение. Отмечается гипертермия до $39,5^{\circ}\text{C}$. Ребенок

отказывается от еды, пьет очень мало, мочится редко, небольшими порциями концентрированной мочи. При осмотре полости рта: на слизистой – массивные фибриновые наложения.

Контрольные вопросы

6. *Ваш диагноз?*
7. *Оказание первой медицинской помощи?*
8. *Классификация повреждений?*
9. *Этапы стационарного лечения?*
10. *Методы лечения? Возможные осложнения?*

Задача №2

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

У новорожденного ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз? Тератогенез порока?*
2. *Методы показанного обследования?*
3. *Возможные осложнения?*
4. *Врачебная тактика?*
5. *Методы, этапы, сроки оперативного лечения?*

Задача №3

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки.

Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

Контрольные вопросы

11. *Ваш предположительный диагноз?*
12. *Методы обследования?*
13. *Этиология, патогенез заболевания?*
14. *Классификация заболевания?*
15. *Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?*

Задача №4

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Мать, купая ребёнка четырех лет, обнаружила у него в проекции брюшной полости опухолевидное образование размером 12 x 8 x 5 см, туго-эластичной консистенции, с четкими границами, гладкими краями, несколько болезненное, практически не смещаемое. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Ранее ребенка ничего не беспокоило. При амбулаторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено увеличение размеров левой почки, паренхима ее истончена, чашечно-лоханочная система левой почки дилатирована.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Рекомендуемые дополнительные исследования?*
3. *Лечебно-диагностическая тактика?*
4. *Этиология заболевания? Патогенез заболевания?*
5. *Методы лечения?*

Задача №5

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое

образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт кверху.

Контрольные вопросы

11. О каком заболевании можно думать?
12. Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?
13. Дифференциальная диагностика?
14. Методы обследования? Диагностическая тактика?
15. Показанное лечение?

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

3.4 Примерный перечень практических навыков, критерии оценки

Перечень практических умений

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

- 1) Сбор хирургического анамнеза
- 2) Проведение обследования
 - ⇒ при остром аппендиците
 - ⇒ при синдроме острого живота
 - ⇒ при острой кишечной непроходимости
 - ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
 - ⇒ при ЖКТ-кровотечениях

- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
- ⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
- ⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
- ⇒ при пороках развития пищевода
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при диафрагмальной грыже
- ⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
- ⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка
- ⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
- ⇒ при врожденном вывихе бедра
- ⇒ при врожденной кривошее
- ⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
- ⇒ при черепно-мозговой грыже
- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
- ⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
- ⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при остановке дыхания
- ⇒ при терминальных состояниях
- ⇒ при гипертермии
- ⇒ при отеке мозга, судорогах
- ⇒ при острых нарушениях гемодинамики
- ⇒ при острой дыхательной недостаточности
- ⇒ при нарушениях гидроионного равновесия
- ⇒ при отравлениях
- ⇒ при коматозных состояниях

3) Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):

- показателей периферической крови
- анализов мочи
- кислотно-основного состояния и газов крови
- биохимических показателей крови
- показателей иммунного статуса
- данные УЗИ
- эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
- результаты рентгенологического исследования
 - ⇒ при кишечной непроходимости
 - ⇒ при перитоните
 - ⇒ при некротическом энтероколите
 - ⇒ при остеомиелите
 - ⇒ при гидронефрозе, уретерогидронефрозе
 - ⇒ при типичных переломах костей
 - ⇒ при врожденном вывихе бедра
 - ⇒ при пневмотораксе, пиопневмотораксе
 - ⇒ при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого
 - ⇒ при диафрагмальной грыже
 - ⇒ при бронхоэктатической болезни
 - ⇒ при атрезии пищевода
 - ⇒ при ателектазе легкого

4) Провести диагностические и лечебные манипуляции

- ⇒ ректальное обследование
- ⇒ клизма очистительная и сифонная
- ⇒ наложить бактерицидную повязку

- ⇒ плевральная пункция
- ⇒ наложение транспортной шины
- ⇒ наложить вытяжение по Шеде
- ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты
- ⇒ непрямой массаж сердца
- ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу)
- ⇒ рассчитать инфузионную терапию
- ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов
- ⇒ зондирование, промывание желудка
- ⇒ катетеризация мочевого пузыря

5) Оказать неотложную помощь

- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при гипертермии
- ⇒ при болевом шоке
- ⇒ при лечении отека мозга
- ⇒ при судорогах
- ⇒ при острой дыхательной недостаточности
- ⇒ при остановке дыхания
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при отравлениях
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при геморрагическом шоке
- ⇒ при анафилактическом шоке
- ⇒ при острой дегидратации

6) Организовать транспортировку

- ⇒ новорожденных с хирургической патологией
- ⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
- ⇒ детей в критическом состоянии

7) Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Критерии оценки:

«**зачтено**» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«**не зачтено**» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5 Примерные задания для проведения коллоквиума, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1.

- 1) Мальротация кишечника и врожденная кишечная непроходимость. Тератогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Современная эндоскопия и эндохирургические операции в детской хирургии.
- 3) Врожденные обструктивные уropатии и врожденный гидронефроз у детей. Нарушенный урогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 4) Детрузорно-сфинктерные диссенергии, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, пороки развития мочевого пузыря и уретры. Клиника, диагностика, лечение.
- 5) Особенности детской ортопедии. Врожденный вывих бедра. Косолапость. Лечение.
- 6) Дистрофические и диспластические болезни костей, остеохондропатии у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- 7) Особенности детской онкологии, опухоли средостения, брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиника, диагностика, лечение.

- 8) Интенсивная терапия в детской хирургии, особенности катетеризации магистральных вен.
- 9) Современные аспекты ведения больного, перенесшего операцию по поводу общего перитонита.

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется студенту, если получены правильные развернутые ответы на поставленные вопросы.
- оценка «хорошо» выставляется студенту, если получены в целом верные ответы на поставленные вопросы.
- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если получены частично ошибочные ответы на поставленные вопросы.
- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если получены неверные ответы на поставленные вопросы или не получены вовсе.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1 Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной
--	-------------------

	аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается 50 тестовых заданий на экзамене. Время, отводимое на тестирование не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.2 Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков, обучающемуся необходимо овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля). Обучающийся должен продемонстрировать умение собрать анамнез, провести осмотр пациента, выполнить пальпацию, перкуссию, аускультацию и т.д.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения коллоквиума:

Целью коллоквиума является формирование у ординатора навыков анализа теоретических проблем на основе самостоятельного изучения учебной и научной литературы. Преподаватель разъясняет тематику проблемы, рекомендует литературу и объясняет процедуру коллоквиума. На подготовку обучающимся дается неделя. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым студентом или беседы в небольших группах (3-5 человек). Преподаватель задает несколько вопросов для определения степени подготовки студентов. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания проблемы.

4.4. Методика проведения устного опроса (для текущего контроля):

Устное собеседование проводится в виде беседы преподавателя с ординаторами с целью выявления и оценки уровня их знаний; используется в ходе промежуточной аттестации.

Преподаватель разрабатывает вопросы для устного собеседования; оказывает ординатору необходимую методическую помощь (создает методические рекомендации, консультирует по подбору источников литературы); внимательно слушает обучающегося, знакомит с критериями оценки устного собеседования.

Ординатор готовится к собеседованию по основной учебной литературе; знакомится с критериями оценки знаний.

При выставлении оценки преподаватель учитывает: полноту знания материала по теме;

логичность изложения материала; аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления; умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

По результатам собеседования ординатор получает количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

4.5. Методика проведения устного собеседования:

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

Составитель: Н.К. Сухих

Зав. кафедрой М.П. Разин