

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Железнов Лев Михайлович

Должность: ректор

Дата подписания: 20.10.2020

Уникальный программный ключ:

7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Основы детской хирургии и онкологии»

Специальность 31.08.18 Неонатология

Направленность программы – Неонатология

Форма обучения очная

Срок получения образования 2 года

Кафедра Детской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.08.18 Неонатология, утвержденного Министерством образования и науки РФ «30» июня 2021 г., приказ № 559.
- 2) Учебного плана по специальности 31.08.18 Неонатология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «29» апреля 2022 г., протокол № 4.
- 3) Профессионального стандарта «Врач-неонатолог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «14» марта 2018 г., приказ № 136н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой Детской хирургии «12» мая 2022 г. (протокол № 6)

Заведующий кафедрой /М.П. Разин/

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «17» мая 2022 г. (протокол № 4)

Председатель методической комиссии Коковихина И.А.

Центральным методическим советом «19» мая 2022 г. (протокол № 5)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры детской хирургии Н.К. Сухих

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	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности	5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	7
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	8
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	8
3.4. Тематический план лекций	8
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	9
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	9
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	10
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	10
4.1.1. Основная литература	10
4.1.2. Дополнительная литература	10
4.2. Нормативная база	11
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	11
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	11
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	12
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	13
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	14
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	17
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	17
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	18
8.1. Выбор методов обучения	18
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья	18
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	18
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	19

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля): подготовка квалифицированного врача-неонатолога, обладающего системой профессиональных компетенций, способного осуществлять самостоятельную профессиональную деятельность по специальности 31.08.18 Неонатология в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Врач-неонатолог».

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля):

- формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08.18 Неонатология;
- подготовка врача-неонатолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания по профессиональным дисциплинам;
- формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
- формирование компетенций врача-неонатолога.

Выпускник, освоивший программу специалитета, готовится к решению следующих профессиональных задач:

1) медицинская деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья;
- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение медицинской экспертизы;
- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- проведение медицинской реабилитации;

2) организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и структурных подразделениях;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда.

3) педагогическая деятельность:

- осуществление педагогической деятельности по программам среднего профессионального, высшего образования, дополнительного профессионального образования.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Основы детской хирургии и онкологии» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули) части, формируемой участниками образовательных отношений.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении

дисциплин: Неонатология, Патология, Обучающий симуляционный курс, Общественное здоровье и здравоохранение, Педагогика, Клиническая фармакология, Медицина чрезвычайных ситуаций, Медицинская реабилитация детей в клинической практике, Психология профессионального общения.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Аллергология и иммунология детского возраста, Медицинская генетика детского возраста.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 1 месяца;
- родители (законные представители) пациентов (далее-родители (законные представители));
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинский;
- организационно-управленческий;
- педагогический.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

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

№ П/ П	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

1	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза	ИД ПК 3.1 Осуществляет сбор данных о состоянии здоровья матери ребенка, динамике состояния ребенка после рождения, анамнезе заболевания ребенка, проводит клинический осмотр новорожденного и недоношенного ребенка	Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей ребенка, объективное исследование систем органов ребенка раннего возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум, прием практических навыков	Тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 4
		ИД ПК-3.2. Назначает лабораторные и инструментальные исследования новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов	Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический	Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум, прием практических навыков	Тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 4

		медицинской помощи		анализ клинических синдромов.				
		ИД ПК 3.3 Назначает консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических синдромов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ-10 и клиническую).	Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	Устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум, прием практических навыков	Тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 4
		ИД ПК 3.4 Интерпретирует результаты осмотров, лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей и формулирует диагноз	Основы физического осмотра, клиническое обследование, современные методы диагностики	Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; проводить госпитализацию детей и подростков в плановом порядке.	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	Устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль, коллоквиум, прием практических навыков	Тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 4

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетных единиц, 36 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 4
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Контактная работа (всего)	24	24
в том числе:		

- лекции (Л)	2	2
- практические занятия (ПЗ)	22	22
Самостоятельная работа (всего)	12	12
В том числе:		
- подготовка к занятиям	6	6
- подготовка к текущему контролю	4	4
- подготовка к промежуточной аттестации	2	2
Вид промежуточной аттестации	зачет	+
Общая трудоемкость (часы)	36	36
Зачетные единицы	1	1

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 (темы разделов)
1	2	3	4
1	ПК - 3	Раздел 1. Основы детской хирургии в неонатологии	Тема 1. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных (лекция, практическое занятие) Тема 2. Некротический энтероколит новорожденных (практическое занятие)
2	ПК - 3	Раздел 2. Актуальные вопросы онкологии у новорожденных	Тема 1. Эмбриональные опухоли у новорожденных (лекция, практическое занятие)

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
1	Аллергология и иммунология детского возраста	+	+
2	Медицинская генетика детского возраста	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2	3	4	7	8
1	Основы детской хирургии в неонатологии	1	14	8	23
2	Актуальные вопросы онкологии у новорожденных	1	8	4	13
	Вид промежуточной аттестации:	зачет			+
	Итого:	2	22	12	36

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				№ сем.4
1	2	3	4	5
1	1	Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных	Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.	1
2	2	Эмбриональные опухоли у новорожденных.	Этиология. Патогенез. Клинические формы и гистологическая классификация	1
Итого:				2

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				сем. № 4
1	2	3	4	5
1	1	Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных	Эпифизарный остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение. Некротическая флегмона новорожденных. Клиника. диагностика. Лечение. <i>Практическая подготовка:</i> курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	5 1
2	1	Некротический энтероколит новорожденных	Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. <i>Практическая подготовка:</i> курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	5 1
3	2	Эмбриональные опухоли у новорожденных	Особенности диагностики и дифференциальной диагностики. Способы, сроки и принципы лечения. <i>Практическая подготовка:</i> курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	5 1
4	1, 2	Зачетное занятие	Тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	4
Итого:				22

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
-------	------------	--	----------	-------------

1	2	3	4	5
1	4	Основы детской хирургии в неонатологии	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю - подготовка к промежуточной аттестации	8
2	4	Актуальные вопросы онкологии у новорожденных	- подготовка к занятиям - подготовка к промежуточному контролю - подготовка к промежуточной аттестации	4
Итого часов в семестре:				12
Всего часов на самостоятельную работу:				12

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

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

4.1.1. 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.	2020 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	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-
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	-

4.1.2. 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	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В.	2017, Киров	30	-

		Лукаш			
4	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
5	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

4.2. Нормативная база

Приказ Минздрава России от 31.10.2012 N 562н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская хирургия" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.12.2012 N 26159)

Клинические рекомендации РФ 2013-2017 (Россия) – Детская хирургия.

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

1) Архив Nature

Адрес: <http://www.nature.com/nature/archive/index.html>

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

2) Архив журналов издательства Sage Publications

Адрес: <http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/2757634/browse?type=source>

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

3) Архив журналов издательства IOP

Адрес: <http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/1737046/browse?type=source>

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

4) Журнал The New England Journal of Medicine

Адрес: <http://www.nejm.org>

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

Интернет-ресурсы открытого доступа:

- Документационный центр Всемирной организации здравоохранения(<http://whodc.mednet.ru>)

- Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (<http://www.univadis.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:

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

системы.

70% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий.

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. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202.
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:

<i>Наименование специализированных помещений</i>	<i>Номер кабинета, адрес</i>	<i>Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях</i>
<i>учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа</i>	<i>Конференц-зал ОДКБ г. Киров, ул. Менделеева, 1б, (1 корпус)</i>	<i>Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий и техническими средствами обучения (негатоскоп). Мультимедийный проектор Epson и экран.</i>

учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	№1, 2, 3, 4 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (2 корпус)	Укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения (негатоскоп) Телевизор LQ 47LB650V - ZE
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№1, 2, 3, 4 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (2 корпус)	Укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения (негатоскоп) Компьютер Асер и МФУ Kyocera
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	№1, 2, 3, 4 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (2 корпус)	Укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения (негатоскоп) Ноутбук Асер aspire 5732Z
помещения для самостоятельной работы	№2 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (2 корпус)	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

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

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 амбулаторной хирургии детского возраста: собрать анамнез, провести квалифицированный 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 темы: Эмбриональные опухоли у новорожденных. 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 темы: Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных.

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 по основам детской хирургии и онкологии

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: Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных
- семинар-дискуссия по теме: Некротический энтероколит новорожденных
- практикум по теме: Эмбриональные опухоли у новорожденных

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Основы детской хирургии и онкологии» включает подготовку к занятиям, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Основы детской хирургии и онкологии» 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. 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, решения ситуационных задач, тестового контроля, коллоквиума, приема практических навыков.

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.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по

дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

- размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;
- сопровождения электронного обучения;
- организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;
- организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;
- организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);
- контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание

и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

- разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;
- советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;
- анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;
- разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	Виды занятий/работ	Виды учебной работы обучающихся	
		Контактная работа (on-line и off-line)	Самостоятельная работа
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю

3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

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 зачет. На зачете 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) (приложение Б)

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.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающимися-инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Формы</i>
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся -инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Виды оценочных средств</i>	<i>Формы контроля и оценки результатов обучения</i>
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;
- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
 - размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
 - наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;
- 4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Основы детской хирургии и онкологии»**

Специальность 31.08.18 Неонатология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Раздел 1. Основы детской хирургии в неонатологии.

Тема 1. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных (практическое 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;
- изучить анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей;
- сформировать необходимые компетенции - ПК- 3

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 эпифизарным остеомиелитом, некротической флегмоной новорожденных.

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. Эпифизарный остеомиелит. Некротический энтероколит.

2. Практическая подготовка.

Курация профильных больных

Разбор клинических больных (профильных)

Отработка практических навыков (Клиническое обследование новорожденного по органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация.

Оценка неврологического статуса новорожденного ребенка (уровень сознания, врожденные рефлексы и физиологические рефлексы новорожденного, мышечный тонус, сухожильные рефлексы, менингеальные и патологические симптомы)

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:

Девочка 3 дней от I беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в ранние сроки. Роды в срок, физиологические, масса при рождении 3100 г, длина – 49 см. Оценка по Апгар 7-8 баллов. Состояние после рождения оценено как удовлетворительное. Позже отмечен умеренный цианоз кожного покрова и слизистых, одышка в покое до 60 в мин с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка ассиметрично вздута слева. Перкуторно слева коробочный звук в верхних отделах и участками притупления в нижних отделах, справа – лёгочный звук. Аускультативно дыхание слева прослушивается только в верхних отделах, справа – пуэрильное. Сердечные тоны ясные, ЧСС до 160 в мин, максимально громко выслушиваются по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень +2 см от края рёберной дуги. Меконий отошел. При кормлении и беспокойстве нарастает цианоз и одышка.



Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости

Вопросы:

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Какова этиология и патогенез заболевания?
- 3 С какой патологией проводят дифференциальную диагностику?
- 4 Назовите методы обследования.
- 5 Какова классификация?
- 6 Назовите показанное лечение.
- 7 Каков прогноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1 Врождённая диафрагмальная грыжа: левосторонняя диафрагмально-плевральная ложная задняя
- 2 Диафрагмальные грыжи образуются при наличии в диафрагме дефектов или слабых мест, через которые в плевральную полость в силу отрицательного давления в ней перемещаются органы брюшной полости. У детей они, как правило, имеют врождённый характер и являются аномалиями развития диафрагмы. Диафрагма разделяет грудную и брюшную полости. Её правый и левый купола имеют в центре сухожильное растяжение, а по окружности – мышечную часть, которой она прикрепляется спереди к грудице (передние ножки диафрагмы), сзади – к позвоночнику и сухожильному растяжению поясницы (задние внутренние и наружные ножки), а с боков – к рёбрам (рёберная часть).

До третьей нед внутриутробного развития грудная и брюшная полости эмбриона не разделены и представляют собой единую полость – *целом*. Их разобщение, т.е. образование диафрагмы, происходит с 3 по 8 нед эмбриогенеза. Диафрагма образуется из пяти зачатков, являющихся производными мезодермы. Передняя часть образуется из так называемой поперечной перегородки, растущей от грудины к центру, задняя и боковые – из задних и боковых столбов Ускова, которые растут навстречу друг другу и поперечной перегородке. На месте неполного смыкания этих зачатков образуются врождённые дефекты и слабые места диафрагмы. При неполном смыкании поперечной перегородки и боковых столбов Ускова образуется *щель Ларрея* – место формирования передних диафрагмальных грыж. При несмыкании боковых и задних столбов Ускова образуется *щель Богдалека* – место формирования задних диафрагмальных грыж. При неполном смыкании зачатков в сухожильной части диафрагмы образуются грыжи купола диафрагмы, а в перикардальном её отделе – френоперикардальные грыжи. Другой механизм образования имеют грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

- 3 Врождённая лобарная эмфизема, спонтанный пневмоторакс
- 4 *Диагностика* этого вида грыж не представляет больших трудностей. Нередко

обращается внимание на смещение мест выслушивания сердечных тонов вправо, но фиксируется это в медицинских документах как декстрокардия, при этом упускаются из виду другие признаки диафрагмальной грыжи: ослабление дыхания и высокий перкуторный звук над левым лёгким, выслушивание над ним перистальтических шумов, запавший («пустой») живот – из-за перемещения его органов в плевральную полость. Комплекс этих симптомов позволяет заподозрить диагноз диафрагмальной грыжи, который легко подтверждается рентгенограммой грудной клетки в двух проекциях. Рентгенологический диагноз можно подтвердить контрастным исследованием ЖКТ с бариевой взвесью.

- 5 По наличию или отсутствию грыжевого мешка диафрагмальные грыжи подразделяются на *истинные и ложные*. При ложных грыжах в плевральную полость перемещается гораздо больше внутренностей, чем в грыжевой мешок при истинных, а потому ложные грыжи протекают гораздо тяжелее истинных. *Классификация* врождённых диафрагмальных грыж:
- 1) *Диафрагмально-плевральные*: истинные (выпячивания истонченной зоны диафрагмы) и ложные (дефекты диафрагмы).
 - 2) *Грыжи пищеводного отверстия* (истинные грыжи) с приподнятым пищеводом (эзофагальные) и параэзофагальные.
 - 3) *Парастернальные* (истинные грыжи).
 - 4) *Френоперикардальные* (ложные грыжи).
- 6 *Лечение* оперативное, осуществляется по срочным либо экстренным показаниям. Оно заключается в ушивании дефекта диафрагмы и осуществляется чрезбрюшинным доступом в левом подреберье. Из плевральной полости в рану извлекаются перемещённые в неё органы живота (кишечник, селезенка, желудок), и дефект в диафрагме ушивается узловыми швами.
- 7 Прогноз при небольших дефектах диафрагмы и своевременном лечении – благоприятный; при больших дефектах, «плевроабдоминальном канале» (агенезия купола диафрагмы), при декомпенсации лёгочной гипертензии – неблагоприятный.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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 – $6,3 \times 10^9/\text{л}$, 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?*

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся 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*
 - 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

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. НЕСМОТРИ НА 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

- 2) диагностическая пункция мягких тканей
- 3) остеофлебография
- 4) электрорентгенография
- 5) измерение внутрикостного давления
- 6) 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

№ 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.	2020 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	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-

	студентов, издание третье, переработанное и дополненное				
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

№ 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	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш	2017, Киров	30	-
4	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
5	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

Тема 2. Некротический энтероколит новорожденных (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний пороков развития и заболеваний толстой кишки, язвенно-некротического энтероколита.

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития толстой кишки
- обучить диагностике, принципам и способам оперативного лечения пороков развития толстой кишки

- изучить аноректальные пороки, язвенно-некротический энтероколит, хронические запоры у детей, парапроктит у детей, принципы оперативного лечения больных.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-3.

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 Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с заболеваниями толстой кишки. Язвенно-некротический энтероколит. Клиника, диагностика, лечение. Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение. Парапроктит у детей. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая подготовка.

Курация профильных больных

Разбор клинических больных (профильных)

Отработка практических навыков (Оценка физического развития центильным методом и по таблице Г.М. Деметьевой. Техника антропометрических измерений (рост, вес, окружность головы, груди, антропометрические индексы).

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 6 дней. Родился от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 нед. Роды на 36 нед с частичной отслойкой низко расположенной плаценты и начинающейся асфиксии плода. Околоплодные воды (мутные, зеленые) отошли за 18 ч. Закричал слабо после отсасывания слизи и вентиляции маской с подачей 100% кислорода. Оценка по Апгар 6-7 баллов. Масса при рождении – 2500 г, длина – 44 см. Состояние после рождения тяжёлое, вял, адинамичен, выражена гипотония и гипорефлексия. Дыхание аритмичное, частое с приступами апноэ. Тахикардия, сердечные тоны глухие. Меконий отошёл на первые сут.

Со 2-х сут начато кормление сцеженным молоком, но сосёт вяло, срыгивает, периодически с примесью жёлчи. Наблюдается желтуха. Живот несколько вздут. В последние дни стул мекониальный со слизью, 5-6 раз в сут, скудными порциями. Быстро теряет в весе. На 6 сут состояние резко ухудшилось, наросли явления токсикоза и эксикоза, появилась обильная рвота кишечным содержимым. Вес 2150 г. При зондировании желудка удалено до 30 мл застойного содержимого. Кожный покров и слизистые сухие, бледные, тургор тканей снижен, живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой половине. Брюшная стенка отёчна, газы не отходят. Перистальтика выслушивается, печёночная тупость определяется. При осмотре через прямую кишку отошла слизь и алая кровь.

КОС: pH – 7,21, pO₂ – 54 мм рт.ст., pCO₂ – 38 мм рт.ст., BE – 12 ммоль/л, SB – 15 ммоль/л, Hb – 86 г/л, Ht – 72%, Na⁺ плазмы – 123 мэкв/л, K⁺ плазмы – 3,8 мэкв/л.



Внешний вид живота ребёнка



Обзорная рентгенография брюшной полости



Интраоперационное фото

Вопросы:

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Составьте план обследования.
- 3 Какова этиология и патогенез заболевания?
- 4 Назовите классификацию и опишите врачебную тактику.
- 5 Назначьте комплексное лечение.
- 6 Каковы методы и виды оперативного лечения?
- 7 Назовите осложнения, исходы, прогноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1 Некротический энтероколит, острая форма
- 2 ПАК, ПАМ, кал на реакцию Грегерсена, биохимический анализ крови, электролиты, КОС, СРБ, прокальцитонин, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении (при очень тяжёлом состоянии ребёнка – лёжа на боку).
- 3 К факторам риска некротического энтероколита (НЭК) относят: антенатальные (фето-плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, ЗВУР); постнатальные (масса тела при рождении ниже 1500 г, срок гестации меньше 32 нед, энтеральное кормление молочными смесями, необходимость проведения ИВЛ, СДР).

В патогенезе существенными признаются следующие факторы.

1. *Неокклюзионная ишемия* кишечника. Перинатальный стресс является причиной гиперкортикоидизма, централизации кровообращения и вазоконстрикции мезентериальных сосудов.
 2. *Реперфузионные повреждения* кишечника. После адекватной интенсивной терапии следует реперфузионный период, во время которого образуются свободные радикалы, провоспалительные медиаторы и сосудисто-активные субстанции, производные кислорода, оказывающие повреждающее действие на клетки. Избыточное количество иммунных комплексов наносит «второй удар» по повреждённым тканям. Оксид азота (NO), необходимый для вазодилатации, с течением заболевания накапливается в клетке, может повреждать ДНК и давать провоспалительный эффект.
 3. После гибели микроорганизмов под воздействием антибиотикотерапии *становятся биологически активными эндотоксины*, запуская синдром системного воспалительного ответа и сепсис.
 4. Все это ведет к *транслокации патогенной микрофлоры* под слизистую вплоть до интрамурального проживания. Накапливающийся в процессе жизнедеятельности микробов интрамуральный газ, расслаивая кишечную стенку, ведет к появлению язв и очагов некроза кишечника.
 - 4 Современной классификацией НЭК заболевание подразделяется на 3 стадии:
 - I стадия – *подозреваемый НЭК* (А- перепады температуры тела, эпизоды апноэ, брадикардия, адинамия, умеренное вздутие живота, рвота, частый зеленый зловонный стул; Б- то же + ярко-красная кровь из прямой кишки).
 - II стадия – *установленный НЭК* (А- то же + отсутствие перистальтики кишечника, болезненность живота при пальпации, на рентгенограмме парез, пневматоз кишечной стенки; Б- то же + метаболический ацидоз, тромбоцитопения, выраженная болезненность при пальпации, отёк передней брюшной стенки, на рентгенограмме газ в воротной вене, асцит).
 - III стадия - *прогрессирующий НЭК* (А- то же + гипотензия, брадикардия, апноэ, респираторный и метаболический ацидоз, ДВС-синдром, нейтропения, перитонит, болезненность и напряжение передней брюшной стенки; Б- на рентгенограмме пневмоперитонеум).
- Тактика: при 1 стадии – отмена энтерального питания, антибактериальная терапия, консервативное ведение; при 2 стадии – полное парентеральное питание, лапароцентез, усиленная антибиотикотерапия, респираторная поддержка; при 3 стадии – оперативное лечение (лапаротомия) на фоне тех же консервативных мероприятий.
- 5 Скорейшая отмена энтерального кормления, декомпрессия ЖКТ, инфузионная терапия и сбалансированное парентеральное питание, антибактериальное лечение, селективная деконтаминация кишечника. Особенность инфузионной терапии при НЭК – назначение объёмов не менее 150 мл/кг в сутки. Должны быть ликвидированы: шок, тяжёлая дегидратация, ацидоз, гипоксия. В эмпирическую терапию включаются цефалоспорины 2-3 поколения + аминогликозид + метронидазол. При развитии полиорганной недостаточности оправдано изначальное

назначение карбопенемов. С учётом высеваемости устойчивых стафилококков, м.б. назначена комбинация ванкомицин + тобрамицин.

6 Возможный объём оперативного вмешательства.

Единичные язвы кишечника и «предязвы» ушиваются. Участки кишечника с групповыми язвами или чётко очерченным некрозом резецируются. Часто резекция некротизированных участков кишечника сопровождается наложением энтеростом на приводящий и дистальный отделы (восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется в сроки от 4 нед до 4 мес). У детей с НЭК, находящимся в крайне тяжёлом состоянии, а также новорождённым с критически малой массой тела (менее 1000 г) оперативная коррекция м.б. сведена к лапароцентезу. Эта же тактика оправдана у больных с I стадией заболевания.

7 *Летальность* среди недоношенных новорождённых достигает 50%, у пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией - 80-100%. Послеоперационные осложнения: сепсис, стенозы кишечника, Sd «короткой кишки».

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Мальчик родился в срок, с массой 3100 г. Поведение ребенка в первые сутки обычное. Однако при пальпации живота педиатр обнаружил эластичный конгломерат, располагающийся в окологрунтовой 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?

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

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) Язвенно-некротический энтероколит. 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

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

- 1) короткий ход в межгодичной 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 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

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 РАЕНЕНИЕ 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

№ 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.	2020 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	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-
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

№ 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	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш	2017, Киров	30	-
4	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
5	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

Раздел 2. Актуальные вопросы онкологии у новорожденных.

Тема1. Эмбриональные опухоли у новорожденных (практическое занятие).

Цель: овладение ординаторами знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли 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 -3.

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 подготовка.

Курация профильных больных

Разбор клинических больных (профильных)

Отработка практических навыков (Оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных новорожденных, находящихся в тяжелом состоянии. Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови. Исследование сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (количество тромбоцитов, длительность кровотечения), Взятие крови для исследования свертывающей системы крови и интерпретация результатов коагулограммы).

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 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 8-12 недель. Роды физиологические на 36-38 неделе. Оценка по Апгар 6-8 баллов. Масса при рождении 2300 г., длина тела 49 см.

С первых суток состояние ребёнка тяжёлое, он вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, пастозные. Сосёт вяло, срыгивает молоком. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, частота дыхания 56 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс до 140 в минуту. Живот увеличен в размерах, мягкий, пальпируется опухолевидное образование 6х8 см, плотно-эластическое, практически неподвижное. Печень + 1,5 см, селезёнка не определяется. Стул мекониальный, скудный. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – обеднение газонаполнения кишечника, симптом «червячка».

ПАК – без патологии. *ПАМ*: удельный вес – 1001, белок 0,85 г/л, Л – 1-2 в п.зр., Эр – нет. *Биохимический анализ крови с КОС и электролитами*: рН – 7,21, рСО₂ – 32 мм рт. ст., рО₂ – 65 мм рт.ст., ВЕ – +18 ммоль/л, SB-16 ммоль/л, Ht – 56%. К⁺ плазмы – 5,3 мэкв/л, Na⁺ плазмы – 145 мэкв/л, мочевины – 92 ммоль/л, креатинин – 1,5 ммоль/л.



Обзорная рентгенография брюшной полости

Вопросы:

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Составьте план обследования.
- 3 Проведите дифференциальную диагностику.
- 4 Определите тактику лечения.
- 5 Назначьте инфузионную терапию.
- 6 Каков план ведения больного?
- 7 Какова диспансеризация данного контингента больных?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

- 1 Врожденная кишечная непроходимость: врожденный заворот кишечника.
- 2 ПАК, ПАМ, биохимический анализ крови, КОС, ВЭБ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов брюшной полости, по показаниям – КТ.
- 3 С другими формами врожденной кишечной непроходимости, врожденными опухолями и пороками развития кишечника.
- 4 Тактика – активная оперативная. После предоперационной подготовки, лапаротомии и устранения заворота оценивается жизнеспособность кишечника (розоватый цвет, блеск, пульсация сосудов брыжейки, наличие самостоятельной перистальтики и отзывчивость на тактильное воздействие). При сомнениях в жизнеспособности проводят реанимационные мероприятия, направленные на кишечную петлю: увлажнение, согревание кишечной петли, в брыжейку тонкой кишки вводится тёплый 0,25% раствор новокаина с гепарином. При нежизнеспособности возможна резекция с наложением анастомоза «конец в конец» и дренирование брюшной полости; при большой давности заболевания и выраженном мекониальном перитоните – возможна резекция некротизированного кишечника с наложением энтеростомы и дренированием брюшной полости. Частичное парентеральное питание. Закрытие энтеростомы через 1 мес.
- 5 Глюкозо-солевые растворы, по ВЕ показано введение бикарбоната натрия (метаболический ацидоз)
- 6 У данного больного: инфузионная терапия до операции, во время операции и после

операции. Далее операция: резекция с наложением анастомоза «конец в конец» и дренирование брюшной полости, т.к. свободного газа в брюшной полости на снимке в вертикальном положении нет, т.е. и перфоративный перитонит маловероятен. В послеоперационном ведении – инфузионная терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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 37,4⁰ 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 $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 14×10^9 /л, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

- 1) *Ваш диагноз?*
- 2) *Классификация?*
- 3) *Методы обследования?*
- 4) *Дифференциальная диагностика?*
- 5) *Методы лечения?*

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся 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*

- 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*

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 aberrации
- 3) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
- 4) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *

9. 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*

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

№ 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.	2020 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	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-
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

№ 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	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш	2017, Киров	30	-
4	Общий уход за детьми с хирургическими	М.П.Разин, И.В.Шешунов,	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ

	заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих			
5	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

Тема: Зачетное занятие

Цель: Оценить уровень знаний обучающихся по дисциплине «Основы детской хирургии и онкологии»

Задачи: Оценка сформированности базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08.18 Неонатология;

Оценка подготовки врача-неонатолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания по профессиональным дисциплинам;

Оценка сформированности умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;

Оценка сформированности компетенций врача-неонатолога.

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 эпифизарным остеомиелитом, некротической флегмоной новорожденных, эмбриогенез, виды, классификацию пороков развития и заболеваний толстой кишки, знаний клинику, диагностики, лечению опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли брюшинного пространства, тератомы.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать, применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза, поставить диагноз, назначить лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний, методами диагностики и лечения пороков и заболеваний толстой кишки, методами диагностики и лечения онкологических больных.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: подготовка к зачету

- 1. Тестовый контроль** – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
- 2. Собеседование** - примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
- 3. Решение ситуационных задач** - примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
- 4. Прием практических навыков** - примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Подготовка к зачетному занятию

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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.	2020 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	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-
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

№ 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	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш	2017, Киров	30	-
4	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
5	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

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 (модулю)**

«Основы детской хирургии и онкологии»

Специальность 31.08.18 Неонатология
Направленность программы – Неонатология
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<i>ПК-3</i> Способен проводить медицинское обследование новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 3.1 Осуществляет сбор данных о состоянии здоровья матери ребенка, динамике состояния ребенка после рождения, анамнезе заболевания ребенка, проводит клинический осмотр новорожденного и недоношенного ребенка						
Знать	Фрагментарные знания понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы	Общие, но не структурированные знания понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные	Сформированные систематические знания понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития,	устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, собеседование

	типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.		
Уметь	Частично освоенное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей ребенка, объективное исследование систем органов ребенка раннего возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей ребенка, объективное исследование систем органов ребенка раннего возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей ребенка, объективное исследование систем органов ребенка раннего возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	Сформированное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей ребенка, объективное исследование систем органов ребенка раннего возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	коллоквиум	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных,	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в	прием практических навыков	прием практических навыков

	возрастном аспекте.	диагностики в возрастном аспекте.	инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	возрастном аспекте.		
ИД ПК-3.2. Назначает лабораторные и инструментальные исследования новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Общие, но не структурированные знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Сформированные систематические знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ	Сформированное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ	коллоквиум	решение ситуационных задач

		клинических синдромов.	клинических синдромов.			
Владеть	Фрагментарное владение правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	В целом успешное, но не систематическое владение правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Успешное и систематическое владение правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.3 Назначает консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Общие, но не структурированные знания причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Сформированные систематические знания причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования,	Сформированное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить	коллоквиум	решение ситуационных задач

	объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз		
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	Успешное и систематическое применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.4 Интерпретирует результаты осмотров, лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей и формулирует диагноз						
Знать	Фрагментарные знания основ физикального осмотра, клинического обследования, современных методов диагностики	Общие, но не структурированные знания основ физикального осмотра, клинического обследования, современных методов диагностики	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основ физикального осмотра, клинического обследования, современных методов диагностики	Сформированные систематические знания основ физикального осмотра, клинического обследования, современных методов диагностики	устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль	Тестовый контроль, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных,	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение интерпретировать	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение интерпретировать	Сформированное умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных,	коллоквиум	решение ситуационных задач

	морфологических исследований; проводить госпитализацию детей и подростков в плановом порядке.	результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; проводить госпитализацию детей и подростков в плановом порядке.	результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; проводить госпитализацию детей и подростков в плановом порядке.	морфологических исследований; проводить госпитализацию детей и подростков в плановом порядке.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	Успешное и систематическое применение навыков владения интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	прием практических навыков	прием практических навыков

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
ПК-3	<p>Примерные вопросы к зачету</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 урахуса 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

Примерные вопросы к устному опросу текущего контроля

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 сопровождаться 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?
 1. Какие формы острого гематогенного остеомиелита встречаются в клинической практике? Какие клинические симптомы являются патогномичными для острого гематогенного остеомиелита?
 2. Как меняется лейкоцитарный индекс интоксикации при остром гематогенном остеомиелите?
 3. Возрастные нормы внутрикостного давления у детей
 4. В какие сроки появляются рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита?
 5. Абсолютное показание для остеоперфорации
 6. Препаратам каких групп следует отдавать предпочтения для проведения стартовой антибиотикотерапии при остром гематогенном остеомиелите?
 7. Пути введения антибиотиков в организм больного при остром гематогенном остеомиелите
 8. С какой целью показано проведение селективной деконтаминации?
 9. Какие препараты используются для селективной деконтаминации?
 10. Показано ли проведение гепаринотерапии при остром гематогенном остеомиелите?
 11. Какие мероприятия назначаются больным с острым гематогенным остеомиелитом для послеоперационной реабилитации?

12. В каком возрасте встречается эпифизарный остеомиелит?
13. Перечислите клинические признаки эпифизарного остеомиелита
14. Перечислите признаки хронического остеомиелита
15. Чем объясняется развитие атипичных форм гематогенного остеомиелита?
16. В каком возрасте может встречаться острый аппендицит?
17. С чем связаны особенности острого аппендицита у детей?
18. Каким специалистом должен быть сразу осмотрен ребенок с болями в животе?
19. Какую клиническую симптоматику можно считать патогномоничной для острого аппендицита в детской практике?
20. Какие варианты атипичных расположений червеобразного отростка Вы знаете?
21. С чем связан абдоминальный болевой синдром при мезадените?
22. По каким показаниям осуществляется оперативное лечение острого аппендицита?
23. Как лечится аппендикулярный инфильтрат у детей?
24. Какие стадии перитонита Вы знаете?
25. Из каких материалов должны быть изготовлены дренажи для дренирования брюшной полости ребенка?
26. Перечислите основные причины перфоративного перитонита у детей
27. Назовите клинические признаки перитонита у новорожденных
28. Дети какого возраста наиболее подвержены развитию деструктивных пневмоний?
29. Какими микроорганизмами вызываются деструктивные пневмонии у детей?
30. Как клинически и рентгенологически проявляется пиоторакс?

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

1. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы:

- 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:

- 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:

- а) туберкулезом
- б) ревматоидным артритом*
- в) гемлимфангиомой
- г) флегмоной
- д) травмой*

4. Острое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при:

- 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:

- а) диагностическую эндоскопию*
- б) промывание желудка
- в) внутриносовую новокаиновую блокаду
- г) осмотр токсиколога

6. Желудочно-пищеводный рефлюкс может осложниться:

- а) стенозом пищевода на границе средней и нижней трети*
- б) перфорацией пищевода
- в) мегаэзофагусом
- г) язвенно-эрозивным эзофагитом*
- д) аспирационным синдромом

2 уровень:

- 1 Укажите правильное соответствие метода обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита.
 - А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.
 - Б. Эндотрахеальный наркоз.*
 - В. Масочный наркоз.
 - Г. Перидуральная анестезия.
- 2 Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:
 - 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:
 - А. Экскреторная урография.2
 - Б. Цистография.3
 - В. Ультразвуковое исследование.1
 - Г. Цистоскопия.4

3 уровень:

Задача №1.

Ребёнок родился от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 8-12 недель. Роды физиологические на 36-38 неделе. Оценка по Апгар 6-8 баллов. Масса при рождении 2300 г., длина тела 49 см.

С первых суток состояние ребёнка тяжёлое, он вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, пастозные. Сосёт вяло, срыгивает молоком. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, частота дыхания 56 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс до 140 в минуту. Живот увеличен в размерах, мягкий, пальпируется опухолевидное образование 6х8 см, плотно-эластическое, практически неподвижное. Печень + 1,5 см, селезёнка не определяется. Стул мекониальный, скудный. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – обеднение газонаполнения кишечника, симптом «червячка».



Обзорная рентгенография брюшной полости

ПАК – без патологии. ПАМ: удельный вес – 1001, белок 0,85 г/л, Л – 1-2 в п.зр., Эр – нет. Биохимический анализ крови с КОС и электролитами: рН – 7,21, рСО₂ – 32 мм рт. ст., рО₂ – 65 мм рт.ст., ВЕ – +18 ммоль/л, SB-16 ммоль/л, Ht – 56%. К⁺ плазмы – 5,3 мэкв/л, Na⁺ плазмы – 145 мэкв/л, мочевины – 92 ммоль/л, креатинин – 1,5 ммоль/л.

опросы:

Поставьте предположительный диагноз.

- 1) ответ *Болезнь Гиришпрунга*
- 2) ответ *Врожденная непроходимость кишечника: заворот кишечника**
- 3) ответ *Язвенно-некротический энтероколит*

Составьте план обследования.

- 1) *ПАК, ПАМ, биохимический анализ крови, КОС, ВЭБ, УЗИ брюшной полости, Рентгенография органов брюшной полости**
- 2) *Лапароскопия, УЗИ головы, брюшной полости.*

Проведите дифференциальную диагностику.

- 1) Парез кишечника
- 2) Заворот «средней кишки»*
- 3) Частичная кишечная непроходимость

Определите тактику лечения.

- 1) Активная оперативная, после предоперационной подготовки*
- 2) Интенсивная терапия, выжидательная тактика

Назначьте инфузионную терапию.

- 1) глюкозо-солевые растворы*
- 2) полное парентеральное питание, усиленная антибиотикотерапия, респираторная поддержка

Каков план ведения больного?

- 1) Инфузионная терапия до, во время и после операции*
- 2) Операция-резекция кишечника с наложением анастомоза*
- 3) Парентеральное питание, антибактериальная терапия, обезболивающие.*

Какова диспансеризация данного контингента больных?

- 1) Осмотры 1 раз в мес., контроль за стулом, контроль прибавок в весе.*
- 2) Наблюдение гастроэнтеролога, осмотр 1 раз в 3 мес.

Задача №2.

Девочка 3 дней от I беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в ранние сроки. Роды в срок, физиологические, масса при рождении 3100 г, длина – 49 см. Оценка по Апгар 7-8 баллов. Состояние после рождения оценено как удовлетворительное. Позже отмечен умеренный цианоз кожного покрова и слизистых, одышка в покое до 60 в мин с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка ассиметрично вздута слева. Перкуторно слева коробочный звук в верхних отделах и участками притупления в нижних отделах, справа – лёгочный звук. Аускультативно дыхание слева прослушивается только в верхних отделах, справа – пуэрильное. Сердечные тоны ясные, ЧСС до 160 в мин, максимально громко выслушиваются по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень +2 см от края рёберной дуги. Меконий отошел. При кормлении и беспокойстве нарастает цианоз и одышка.



Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости

Вопросы:

Поставьте диагноз.

1. Диафрагмальная грыжа*
2. Пневмоторакс
3. Абсцесс легкого

Какова этиология и патогенез заболевания?

1. Порок развития диафрагмы*
2. Порок развития пищевода
3. Порок развития легких

С какой патологией проводят дифференциальную диагностику?

1. Врожденная лобарная эмфизема*
2. Спонтанный пневмоторакс
3. Ателектаз легкого

Назовите методы обследования.

1. Смещение сердечных тонов при аускультации*

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки*
3. Рентгенологическое контрастное исследование органов брюшной полости*
Какова классификация?
1. Истинные и ложные*
2. Грыжи пищеводного отверстия, парастернальные, френоперикардальные*
Назовите показанное лечение.
1. Оперативное лечение*
2. Инфузионная, антибактериальная терапия, обезболивающие
Каков прогноз?
- Благоприятный*
- Неблагоприятный

19

Примерные ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 6 дней. Родился от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 нед. Роды на 36 нед с частичной отслойкой низко расположенной плаценты и начинающейся асфиксии плода. Околоплодные воды (мутные, зеленые) отошли за 18 ч. Закричал слабо после отсасывания слизи и вентиляции маской с подачей 100% кислорода. Оценка по Апгар 6-7 баллов. Масса при рождении – 2500 г, длина – 44 см. Состояние после рождения тяжёлое, вял, адинамичен, выражена гипотония и гипорефлексия. Дыхание аритмичное, частое с приступами апноэ. Тахикардия, сердечные тоны глухие. Меконий отошёл на первые сутки.

Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком, но сосёт вяло, срыгивает, периодически с примесью жёлчи. Наблюдается желтуха. Живот несколько вздут. В последние дни стул мекониальный со слизью, 5-6 раз в сутки, скудными порциями. Быстро теряет в весе. На 6 сутки состояние резко ухудшилось, наросли явления токсикоза и эксикоза, появилась обильная рвота кишечным содержимым. Вес 2150 г. При зондировании желудка удалено до 30 мл застойного содержимого. Кожный покров и слизистые сухие, бледные, тургор тканей снижен, живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой половине. Брюшная стенка отёчна, газы не отходят. Перистальтика выслушивается, печёночная тупость определяется. При осмотре через прямую кишку отошла слизь и алая кровь.

КОС: pH – 7,21, pO₂ – 54 мм рт.ст., pCO₂ – 38 мм рт.ст., BE – 12 ммоль/л, SB – 15 ммоль/л, Hb – 86 г/л, Ht – 72%, Na⁺ плазмы – 123 мэкв/л, K⁺ плазмы – 3,8 мэкв/л.

Вопросы:

Поставьте предположительный диагноз.

1. Аппендицит
2. Некротический энтероколит, острая форма*
3. Болезнь Гиршпрунга, острая форма

Составьте план обследования.



Внешний вид живота ребёнка



Обзорная рентгенография брюшной полости



Интраоперационное фото

ПАК, ПАМ, кал на реакцию Греггера, биохимический анализ крови, электролиты, КОС, СРБ, прокальцитонин, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении (при очень тяжёлом состоянии ребёнка – лёжа на боку).

Какова этиология и патогенез заболевания?

К факторам риска некротического энтероколита (НЭК) относят: антенатальные (фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, ЗВУР); постнатальные (масса тела при рождении ниже 1500 г, срок гестации меньше 32 нед, энтеральное кормление молочными смесями, необходимость проведения ИВЛ, СДР).

Назовите классификацию и опишите врачебную тактику.

Современной классификацией НЭК заболевание подразделяется на 3 стадии:

I стадия – **подозреваемый НЭК** (А- перепады температуры тела, эпизоды апноэ, брадикардия, адинамия, умеренное вздутие живота, рвота, частый зеленый зловонный стул; Б- то же + ярко-красная кровь из прямой кишки).

II стадия – **установленный НЭК** (А- то же + отсутствие перистальтики кишечника, болезненность живота при пальпации, на рентгенограмме парез, пневматоз кишечной стенки; Б- то же + метаболический ацидоз, тромбоцитопения, выраженная болезненность при пальпации, отёк передней брюшной стенки, на рентгенограмме газ в воротной вене, асцит).

III стадия – **прогрессирующий НЭК** (А- то же + гипотензия, брадикардия, апноэ, респираторный и метаболический ацидоз, ДВС-синдром, нейтропения, перитонит, болезненность и напряжение передней брюшной стенки; Б- на рентгенограмме пневмоперитонеум).

Тактика: при I стадии – отмена энтерального питания, антибактериальная терапия, консервативное ведение; при II стадии – полное парентеральное питание, лапароцентез, усиленная антибиотикотерапия, респираторная поддержка; при III стадии – оперативное лечение (лапаротомия) на фоне тех же консервативных мероприятий.

Назначьте комплексное лечение.

Скорейшая отмена энтерального кормления, декомпрессия ЖКТ, инфузионная терапия и сбалансированное парентеральное питание, антибактериальное лечение, селективная деконтаминация кишечника. Особенность инфузионной терапии при НЭК – назначение объёмов не менее 150 мл/кг в сутки. Должны быть ликвидированы: шок, тяжёлая дегидратация, ацидоз, гипоксия. В эмпирическую терапию включаются цефалоспорины 2-3 поколения + аминогликозид + метронидазол. При развитии полиорганной недостаточности оправдано изначальное назначение карбопенемов. С учётом высеваемости устойчивых стафилококков, м.б. назначена комбинация ванкомицин + тобрамицин.

Каковы методы и виды оперативного лечения?

Возможный объём оперативного вмешательства.

Единичные язвы кишечника и «предъязвы» ушиваются. Участки кишечника с групповыми язвами или чётко очерченным некрозом резецируются. Часто резекция некротизированных участков кишечника сопровождается наложением энтеростомы на приводящий и дистальный отделы (восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется в сроки от 4 нед до 4 мес). У детей с НЭК, находящимся в крайне тяжёлом состоянии, а также новорождённым с критически малой массой тела (менее 1000 г) оперативная коррекция м.б. сведена к лапароцентезу. Эта же тактика оправдана у больных с I стадией заболевания.

Назовите осложнения, исходы, прогноз.

Летальность среди недоношенных новорождённых достигает 50%, у пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией – 80-100%. Послеоперационные осложнения: сепсис, стенозы кишечника, Sd «короткой кишки».

Задача №2

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

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?*

Задача №4

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

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

1. *О каком заболевании можно думать?*
2. *Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?*
3. *Дифференциальная диагностика?*
4. *Методы обследования? Диагностическая тактика?*
5. *Показанное лечение?*

Примерный перечень практических навыков

1. Клиническое обследование новорожденного по органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация.
2. Оценка неврологического статуса новорожденного ребенка (уровень сознания, врожденные рефлексы и физиологические рефлексы новорожденного, мышечный тонус, сухожильные рефлексы,

- менингеальные и патологические симптомы)
3. Оценка физического развития центильным методом и по таблице Г.М. Дементьевой
 4. Техника антропометрических измерений (рост, вес, окружность головы, груди, антропометрические индексы).
 5. Оценка зрелости новорожденного. Определение соответствия гестационному возрасту по шкалам Балларда и Полачека
 6. Оценка новорожденного по шкале Апгар
 7. Оценка тяжести дыхательных нарушений по шкалам Сильвермана и Даунса
 8. Оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных новорожденных, находящихся в тяжелом состоянии.
 9. Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови
 10. Исследование сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (количество тромбоцитов, длительность кровотечения.)
 11. Взятие крови для исследования свертывающей системы крови и интерпретация результатов коагулограммы
 12. Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.
 13. Взятие материала для проведения микробиологических исследований из различных биотопов: нос, зев, кожа, пупочная ранка, интубационная трубка, кал, моча
 14. Люмбальная пункция. Взятие ликвора на исследование: общий анализ, бактериоскопию, бактериологический посев, ПЦР.
 15. Взятие крови из пуповины для исследования билирубина
 16. Оценка почасового прироста билирубина
 17. Оценка результатов исследования титра антирезусных антител, групповых антител, пробы Кумбса
 18. Оценка результатов серологического исследования (ИФА, РНГА, РТГА), антигенов гепатита
 19. Интерпретация данных ПЦР и серологических исследований при подозрении на ВУИ
 20. Сбор мочи для общего анализа и бактериологического исследования и оценка анализов мочи (общего анализа, пробы Нечипоренко, пробы Зимницкого, посева мочи)
 21. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (глюкометром)
 22. Взятие крови для неонатального скрининга. Оценка и интерпретация данных неонатального скрининга
 23. Подготовка новорожденного к рентгенографии, компьютерной томографии и ЯМРТ, анализ рентгенограмм, данных КТ и ЯМРТ при основных заболеваниях бронхо-легочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, ЦНС, почек, печени и желчных путей, костей скелета, позвоночника, черепа
 24. Расшифровка и оценка ЭКГ
 25. Аудиологический скрининг новорожденного. Интерпретация результатов исследования
 26. Оказание реанимационной помощи новорожденному, рожденному в асфиксии, в родовом зале: восстановление проходимости дыхательных путей, респираторная поддержка, непрямой массаж сердца, катетеризация пупочной вены, введение лекарственных препаратов в вену пуповины)
 27. Санация верхних дыхательных путей
 28. Лаваж трахеобронхиального дерева
 29. Эндотрахеальное введение сурфактанта
 30. Искусственная вентиляция легких мешком Амбу (масочная и через интубационную трубку)
 31. Прямая ларингоскопия
 32. Интубация трахеи. Выбор интубационной трубки, ее диаметра в зависимости от массы тела ребенка, особенности техники интубации детей с экстремально низкой и низкой массы тела
 33. Закрытый массаж сердца
 34. Проведение мониторинга жизненно важных функций: числа дыханий, числа сердцебиений, артериального давления, сатурации кислорода, капнографии, температуры тела)
 35. Измерение артериального давления у новорожденных
 36. Эндотрахеальное введение сурфактанта
 37. Оксигенотерапия через маску, в кислородной палатке, носовые канюли
 38. Аппаратная вентиляция легких: принудительная механическая вентиляция (ИВЛ); вспомогательная вентиляция (ВВЛ), спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением на выдохе (СДППД).
 39. Неинвазивная вентиляция легких: метод назального СРАР
 40. Подбор параметров искусственной вентиляции легких при различных клинических ситуациях.
 41. Дренирование плевральной полости
 42. Венепункция периферических вен. Взятие крови из вены.
 43. Катетеризация периферических вен
 44. Катетеризация центральных вен (пупочная вена)
 45. Внутривенное введение лекарственных препаратов: болюсное, капельное, микроструйное с использованием инфузионных насосов
 46. Подкожные и внутримышечные инъекции.
 47. Определение группы крови, резус-фактора.

48.Проведение проб на совместимость крови донора и реципиента при проведении гемотрансфузии

49.Переливание крови и её компонентов.

50.Проведение пассивной заместительной иммунотерапии иммуноглобулинами для внутривенного введения

51.Вакцинация новорожденных. Определение противопоказаний к вакцинации

52.Медикаментозное закрытие открытого артериального протока.

53.Промывание желудка через зонд.

54.Катетеризация мочевого пузыря

55.Надлобковая пункция мочевого пузыря

56.Измерение диуреза

57.Взятие материала для проведения микробиологических исследований из различных биотопов: нос, зев, кожа, пупочная ранка, интубационная трубка, кал, моча

58.Люмбальная пункция. Взятие ликвора на исследование: общий анализ, бактериоскопию, бактериологический посев, ПЦР.

59.Вибрационный массаж грудной клетки.

60.Энтеральное кормление новорожденных через зонд.

61.Полное и частичное парентеральное питание.

62.Расчеты дефицита воды, электролитов. нарушений белкового и углеводного обмена, КЩС, гемоглобина и гематокрита и коррекция этих нарушений.

63.Клизмы (очистительная, лечебная).

64.Пользование кувезом.

65.Назначения режима выхаживания в кувезе для новорожденных различного гестационного возраста (температура, влажность)

66.Пользование транспортным кувезом.

67.Транспортировка новорожденного внутри лечебного учреждения.

68.Транспортировка новорожденного между лечебными учреждениями.

69.Операция заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденных

70. Проведение фототерапии при гипербилирубинемиях у новорожденных

71.Проведение реанимации при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца, внутрисердечного и внутрисосудистого введения медикаментов, разных способов вентиляции легких.

72.Проведение интенсивной терапии при шоке (гиповолемическом, кардиогенном, анафилактическом, септическом)

73.Проведение интенсивной терапии при нарушениях ритма (пароксизмальной тахикардии, тахиаритмии, брадикардии)

74.Проведение интенсивной терапии при кровотечениях (наружном кровотечении, пупочном, желудочно-кишечном и легочном кровотечении)

75.Проведение интенсивной терапии при острых аллергических реакциях

76.Проведение интенсивной терапии при отеке легких

77.Проведение интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности

78.Проведение интенсивной терапии при апноэ (остановке дыхания)

79.Проведение интенсивной терапии при судорогах

80.Проведение интенсивной терапии при остановке сердца

81.Проведение интенсивной терапии при синдроме дегидратации

82.Проведение интенсивной терапии при отеке мозга

83.Проведение интенсивной терапии при острой задержке мочи

84.Проведение интенсивной терапии при гипертермии и гипотермии

85.Проведение интенсивной терапии при недостаточности надпочечников

86.Проведение интенсивной терапии при гипогликемии

87.Проведение неотложных мероприятий при синдромах печеночной, почечной недостаточности

88.Постановка диагноза согласно клиническим классификациям и МКБ X пересмотра

89.Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.

90.Заполнение и ведение медицинской документации в родильном доме: история развития новорожденного (форма № 097/у), карта реанимации

Примерные задания для проведения коллоквиума

1. Инновационные методы обследования в детской хирургии.
2. Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста.
3. Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе.
4. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
5. Проблема портальной гипертензии в детской практике
6. Атрезия пищевода – своевременная диагностика и современное лечение.
7. Лечение врожденной кишечной непроходимости.

Критерии оценки зачетного собеседования, устного опроса текущего контроля:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;

«не зачтено» - 70 баллов и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач:

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

Критерии оценки практических навыков:

«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.

Критерии оценки прохождения коллоквиума:

Оценка «отлично»: глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела; полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы; демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы; воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности; уверенное владение разносторонними навыками и приемами выполнения практических работ.

Оценка «хорошо»: наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов; демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала; владение необходимыми навыками при выполнении практических задач.

Оценка «удовлетворительно»: наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся; демонстрация обучающимся недостаточно полных знаний по пройденной программе; неструктурированное, нестройное изложение учебного материала при ответе; затруднения при выполнении практических задач.

Оценка «неудовлетворительно»: незнание материала темы или раздела; при ответе обучающийся допускает серьезные ошибки; обучающийся не может выполнить практические задачи.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. 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
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта 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 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

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 «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем ведомости в соответствующую графу.

3.2. 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 Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые 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) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета) 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 промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.3. 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 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 по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с 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 обучающийся должен 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 проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

3.6. Методика проведения коллоквиума

Целью коллоквиума является формирование у студента навыков анализа теоретических проблем на основе самостоятельного изучения учебной и научной литературы. Преподаватель разъясняет тематику проблемы, рекомендует литературу и объясняет процедуру коллоквиума. На подготовку студенту 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.

Составитель: /Н.К. Сухих/

Зав. кафедрой /М.П. Разин/