

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 29.03.2021
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра детской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» августа 2020г., приказ № 965.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 г., протокол № 4.

3) Профессионального стандарта «Врач–педиатр участковый», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «27» марта 2017г., приказ № 306н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой детской хирургии 12.05.2021 г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой М.П. Разин

ученым советом педиатрического факультета 19.05.2021 г. (протокол № 3/1)

Председатель совета факультета Е.С. Прокопьев

Центральным методическим советом 20.05.2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчик:

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	5
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	6
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	12
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	13
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	13
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	13
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	13
3.4. Тематический план лекций	14
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	15
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	20
3.7. Лабораторный практикум	20
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	20
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	20
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	20
4.1.1. Основная литература	20
4.1.2. Дополнительная литература	21
4.2. Нормативная база	22
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	22
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	24
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	25
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	26
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	27
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	30
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	31
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	31

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

1.1 Цель изучения дисциплины (модуля)

Целью дисциплины «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» является формирование основных диагностических программ и тактики ведения детей с неотложными хирургическими заболеваниями и пороками развития.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний у детей;

лечебная деятельность:

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

Задачи дисциплины

- осуществить формирование всех компетенций, необходимых для успешной деятельности в качестве врача – педиатра участкового;
- реализовать подготовку выпускника к видам деятельности: диагностической, лечебной;
- сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» относится к блоку Б1. Дисциплины (модули), части, формируемой участниками образовательных отношений, дисциплины (модули) по выбору.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Пропедевтика детских болезней; Факультетская хирургия, урология; Госпитальная хирургия; Онкология, Травматология, ортопедия; Факультетская педиатрия; Детская хирургия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Госпитальная педиатрия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

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

- физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);
- физические лица – родители (законные представители) детей;
- население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

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

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-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза	ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие 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	Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективно исследовать системы органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов в лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 12

			функций органов и систем.	определены патологии и причин, ее вызывающих.				
		ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Методы диагностики, диагностические возможности и 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 и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 12
		ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику	Причины возникновения и патогенез	Интерпретировать результаты обследования	Алгоритмы постановки развернутой диагностики	Собеседование, тестирование	Собеседование, тестирование	Раздел № 1, 2 Семестр № 12

	<p>льную диагностику с другими заболеваниями и (состояниями) у детей, устанавливает окончательный диагноз на основе МКБ.</p>	<p>еские механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности и течения и диагностическую историю наиболее распространенных заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).</p>	<p>я, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.</p>	<p>го клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритма возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.</p>	<p>ование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни</p>	<p>ование, прием практических навыков</p>	
	<p>ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям.</p>	<p>Стандарты и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни</p>	<p>Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не</p>	<p>Способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой</p>	<p>Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни</p>	<p>Собеседование, тестирование, прием практических навыков</p>	<p>Раздел № 1, 2 Семестр № 12</p>

			пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	требующих экстренной медицинской помощи.	жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.			
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность	ИД ПК 2.2. Подбирает ребенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующим и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1, 2 Семестр № 12	
	ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом	Клинико-фармакологическую характеристику	Оценивать состояние пациента для принятия	Алгоритмами назначения адекватно	Собеседование, тестирование,	Собеседование, тестирование, прием	Раздел № 1, 2 Семестр № 12	

	<p>диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни в соответствии с действующим и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.</p>	<p>решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обосновано назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.</p>	<p>й этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведены профилактические мероприятия при инфекционной патологии.</p>	<p>индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и</p>	<p>практических навыков</p>	
	<p>ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей.</p>	<p>Основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и</p>	<p>Назначать больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом. Анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения</p>	<p>Методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических</p>	<p>Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и</p>	<p>Собеседование, тестирование, прием практических навыков</p>	<p>Раздел № 1, 2 Семестр № 12</p>

			фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	детей и подростков; применять основные группы лекарственных средств по нозологии, с учетом их фармакокинетики, фармакодинамики, показаний, противопоказаний и побочных эффектов у детей и подростков; оценивать возможные проявления при передозировке лекарственных средств и способы их устранения у детей и подростков.	состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетики и фармакодинамики особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы, 72 часа.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
		12
1	2	3
Контактная работа (всего)	48	48
в том числе:		
Лекции (Л)	12	12
Практические занятия (ПЗ)	36	36
Самостоятельная работа (всего)		
В том числе:		
- История болезни	10	10
- Подготовка к занятиям (ПЗ)	4	4
- Подготовка к текущему контролю (ПТК)	2	2

- Реферат	5	5
- Подготовка к промежуточному контролю (ППК)	3	3
Вид промежуточной аттестации	Зачет	зачет
Общая трудоемкость (часы)	72	72
Зачетные единицы	2	2

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-1 ПК-2	Пороки развития органов грудной клетки у детей.	1.Пороки развития шеи и грудной клетки у детей 2. Пороки развития трахеобронхиального дерева у детей 3. Пороки развития легких у детей. 4. Пороки развития пищевода у детей. 5. Пороки развития пищевода у детей(продолжение) 6. Пороки развития диафрагмы у детей
2.	ПК-1 ПК-2	Пороки развития органов брюшной полости у детей.	1. Пороки развития передней брюшной стенки. Мальротация кишечника у детей. 2.Врожденная кишечная непроходимость у детей. 3.Пороки развития и заболевания толстой кишки у детей. 4. Пороки развития толстой кишки у детей. 5. Аноректальные пороки развития у детей. 6. Пороки развития желчевыводящих путей у детей 7. Пороки развития поджелудочной железы и селезенки у детей. 8.Хилосерозиты у детей. Отработка практических навыков. Зачетное 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	Госпитальная педиатрия	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СР С	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Пороки развития органов грудной полости у детей.	4	16			10	30
2	Пороки развития органов брюшной полости у детей.	8	16			14	42
	Зачетное занятие		4				4
	Вид промежуточной аттестации:	Зачет					Зачет
	Итого:	12	36			24	72

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоёмкость (час)
				№ 12 сем
1	2	3	4	5
1	1	Пороки развития шеи и грудной клетки у детей и легких	Тератогенез и классификации пороков развития шеи и грудной клетки у детей. Клиника и диагностика неосложненных и осложненных срединных и боковых кист и свищей шеи. Клиника, формы, степени, диагностика пороков развития грудной клетки у детей (воронкообразная, килевидная, бочкообразная, пороки ребер, расщепление грудины). Сроки и способы оперативного лечения пороков развития шеи и грудной клетки у детей. Тератогенез и классификации пороков развития ТБД и легких у детей. Клиника и диагностика синдромов Мунье-Куна, Вильямса-Кэмпбелла, Картагенера, трахеального бронха, бронхоэктатической болезни у детей. Классификация, формы, степени, диагностика БЭБ. Сроки и способы оперативного и консервативного лечения пороков развития ТБД и легких у детей.	2
2	1	Пороки развития пищевода у детей Пороки развития диафрагмы у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезии пищевода, халазии, ахалазии, врожденного короткого пищевода, ГЭРБ у детей. Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и	2

			консервативного лечения истинных и ложных диафрагмально-плевральных, пищеводного отверстия диафрагмы, парастеральных, френоперикардиальных грыж у детей.	
3	2	Пороки развития передней брюшной стенки. Врожденная кишечная непроходимость у детей.	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения омфалоцеле, гастрошизиса, мальротаций 1, 2, 3 периода у детей, синдрома Ледда, высокой и низкой врожденной кишечной непроходимости у детей.	2
4	2	Пороки развития толстой кишки у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения Болезни Гиршпрунга и болезни Пайра у детей.	2
5	2	Аноректальные пороки развития у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезий ануса и прямой кишки у детей. Ректальные свищи и парапроктит в детской практике.	2
6	2	Пороки развития желчевыводящих путей, селезенки, поджелудочной железы	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезий билиарной системы, стенозов и кист холедоха, кист поджелудочной железы и селезенки у детей	1
7	2	Хилосерозиты у детей	Проблема хилосерозитов у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, способы оперативного и консервативного лечения.	1
Итого:				12

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоёмкость (час)
				№12 сем.
1	2	3	4	5
1	1	Пороки развития шеи и грудной клетки у детей	Тератогенез и классификации пороков развития шеи и грудной клетки у детей. Клиника и диагностика неосложненных и осложненных срединных и боковых	3

			пищевода. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
5	1	Пороки развития пищевода у детей(продолжение)	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения халазии, ахалазии, врожденного короткого пищевода, ГЭРБ у детей. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
6	1	Пороки развития диафрагмы у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения истинных и ложных диафрагмально-плевральных, пищеводного отверстия диафрагмы, парастернальных, френоперикардальных грыж у детей. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
7	2	Пороки развития передней брюшной стенки, мальротация кишечника у детей.	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения омфалоцеле, гастрошизиса, мальротаций 1, 2, 3 периода у детей, синдрома Ледда. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических	1

			навыков	
8	2	Врожденная кишечная непроходимость у детей.	<p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения высокой и низкой врожденной кишечной непроходимости у детей.</p> <p>Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков</p>	1 1
9	2	Пороки развития и заболевания толстой кишки у детей	<p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения Болезни Гиршпрунга у детей</p> <p>Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков</p>	1 1
10	2	Пороки развития толстой кишки у детей	<p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения болезни Пайра, мальротаций 3 периода у детей</p> <p>Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков</p>	1 1
11	2	Аноректальные пороки развития у детей	<p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезий ануса и прямой кишки у детей.</p> <p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика,</p>	1

			дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения такой патологии, как ректальные свищи и парапроктит в детской практике, эпителиальный копчиковый ход Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
12	2	Пороки развития желчевыводящих путей у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезий билиарной системы, стенозов и кист холедоха, Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
13	2	Пороки развития поджелудочной железы, селезенки у детей.	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения кист поджелудочной железы и селезенки у детей. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1
14	2	Хилосерозиты у детей	Проблема хилосерозитов у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, способы оперативного и консервативного лечения. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1

15	1,2	Зачетное занятие	Тестовый контроль, собеседование, прием практических навыков	4
Итого:				36

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	12	Пороки развития органов грудной полости у детей.	Написание рефератов, истории болезни, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	10
2		Пороки развития органов брюшной полости у детей.	Написание рефератов, истории болезни, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю.	14
Всего часов на самостоятельную работу:				24

3.7. Лабораторный практикум

не предусмотрены учебным планом

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

не предусмотрены учебным планом

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.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	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	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по	В.А.	Киров, 2018	80	ЭБС

	детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин			Кировского ГМУ
--	--	--	--	--	----------------

4.2. Нормативная база

не имеется

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

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде Университета.

Электронно-библиотечная система (далее - ЭБС) и электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – «Интернет»), как на территории Университета, так и вне его.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;

фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы ординатуры по специальности «детская хирургия»;

проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;

формирование электронного портфолио обучающихся, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;

взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды соответствует законодательству Российской Федерации.

Библиотека университета обеспечивает обучающихся библиотечными и информационными ресурсами по всем основным образовательным программам, реализуемым в Университете. Имеется возможность доступа без ограничения для всех обучающихся к фондам учебно-методической документации и изданиям по основным изучаемым дисциплинам, в том числе доступа к электронно-библиотечным системам, сформированным на основании прямых договоров с правообладателями, в том числе:

- 1) Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Университета.

Адрес сайта: <http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library>.

- 2) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа»

Адрес сайта: www.biblioclub.ru.

Данная ЭБС содержит учебные, учебно-методические, научные, справочные издания ведущих издательств для обучающихся по всем специальностям и направлениям подготовки Академии.

Доступом обеспечены все обучающиеся Университета через сеть интернет.

3) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ»

Адрес сайта: www.studmedlib.ru.

Данная ЭБС предоставляет полнотекстовый доступ к учебным, учебно-методическим, научным, справочным, видеоматериалам по различным направлениям медицины.

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов), в том числе по индивидуальным ключам (500 шт.)

4) ЭБС Кировского ГМУ

Адрес сайта: www.elib@kirovgma.ru.

Содержит учебные, учебно-методические, научные и иные материалы кафедр университета. Представлены периодические издания университета.

5) Справочно-поисковая система «Консультант Плюс» - ООО «КонсультантКиров»

Доступ осуществляется в локальной сети библиотеки.

6) Доступ к лицензионным материалам (электронные версии книг и журналов, базы данных и др. информационные ресурсы) Научной Электронной библиотеки ELIBRARY.RU

Адрес сайта: <http://elibrary.ru>

7) База данных «Консультант врача» - база данных электронной информационной образовательной системы от ведущего российского медицинского издательства «ГЭОТАР-Медиа» - для системы последипломого образования: интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации (на CD-дисках, 124 экз.).

8) 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).

9) Архив журналов издательства Кембриджского университета

Адрес: <http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/905824/browse?type=source>

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

10) Архив журналов Annual Reviews

Адрес: <http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/1391849/browse?type=source>

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

11) 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).

12) 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).

13) 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:

- Федеральная электронная медицинская библиотека (<http://193.232.7.109/feml>)
- Федеральный портал «Российское образование» (<http://www.edu.ru>)
- Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru/window>)
- 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.

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:

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:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	конференцзал ОДКБ г. Киров, ул.Менделеева, 16, (1 корпус)	Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий и техническими средствами обучения (негатоскоп). Мультимедийный проектор Epson и экран.
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 Acer 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 Acer aspire 5732Z
помещения для	№2 г. Киров, ул. Менделеева,	Оснащены компьютерной

самостоятельной работы	1б, (2 корпус)	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: 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 всех тем детской хирургии. 100% лекций обязательного изучения читаются в виде презентаций.

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

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

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: Врожденная кишечная непроходимость.

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

Практические занятия:

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

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

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

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

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам Гематогенный остеомиелит у детей, Врожденная кишечная непроходимость и др.

- семинар-дискуссия по теме Современные методы лечения болезни Гиршпрунга.

- конференция по теме Пороки развития легких

- учебно-ролевая игра по теме Современное лечение аноректальных аномалий

- практикум по теме Выявление хирургической патологии у детей

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, историй болезней, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» 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, оформляют истории болезни, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. 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 форме собеседования, тестирования, выполнения индивидуальных домашних заданий, реферата, коллоквиумов, защиты истории болезни, приема практических навыков.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием собеседования, тестового контроля, приема практических навыков.

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	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов

		<ul style="list-style-type: none"> - веб-тренинги - видеозащита работ 	<ul style="list-style-type: none"> - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю - выполнение тематических рефератов
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	<ul style="list-style-type: none"> - видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате 	<ul style="list-style-type: none"> - консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы, написание историй болезни	<ul style="list-style-type: none"> - видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование 	<ul style="list-style-type: none"> - работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ

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 критериев 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.

Кафедра Детской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

«Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия
Форма обучения очная

Раздел 1. Пороки развития органов грудной клетки.

Тема 1.1: Пороки развития шеи, грудной клетки у детей

Цель: овладение студентами знаний пороков развития шеи и грудной клетки.

Задачи: - рассмотреть семиотику, клиническую картину, методы диагностики заболеваний органов средостения и грудной клетки.

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития органов и грудной клетки
- изучить врожденные кисты и свищи шеи (срединные, боковые): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение. Пороки развития грудной клетки и ребер (воронкообразная, килевидная, искривления ребер): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: семиотику, диагностику, клиническую картину и методы диагностики заболеваний органов и грудной клетки

Обучающийся должен уметь: применять методы диагностики и лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики, лечения и реабилитации больных с пороками грудной клетки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Врожденные кисты и свищи шеи (срединные, боковые): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение. Воронкообразная деформация грудной клетки, килевидная деформация грудной клетки, аномалии ребер. Диагностика, методы лечения.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных

- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок от 1-й беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в ранние сроки. Роды в срок, физиологические, масса при рождении 3100 г. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Состояние после рождения оценено как удовлетворительное. Позже отмечен умеренный цианоз кожных покровов и слизистых, одышка в покое до 60 в минуту 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 – легочный звук. Аускультативно дыхание слева прослушивается только в верхних отделах, справа – пуэрильное. Сердечные тоны ясные до 160 в минуту, максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, несколько запавший, печень у края рёберной дуги. Меконий отошел. При кормлении и беспокойстве нарастает цианоз и одышка.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Этиопатогенез заболевания?*
3. *Дифференциальный диагноз?*
4. *Методы обследования?*
5. *Классификация? Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Врожденные кисты и свищи шеи (срединные, боковые): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
2. Воронкообразная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика заболевания и возможных осложнений, лечение, отдаленные результаты
3. Килевидная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение
4. Редкие виды деформаций грудной клетки

5. Аномалии ребер, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

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

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

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

4. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

- 1) киста легкого
- 2) лобарная эмфизема *
- 3) напряженный пневмоторакс

4) гипоплазия легкого

5) агенезия легкого

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

1) киста легкого

2) опухоль легкого

3) легочная секвестрация *

4) опухоль средостения

5) ателектаз

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

1) бронхоэктазы

2) легочная секвестрация

3) гипоплазия нижней доли *

4) опухоль средостения

5) агенезия легкого

8. Пищевод Барретта - это:

1) рефлюкс-эзофагит

2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

3) аденокарцинома

4) метаплазия слизистой пищевода *

5) пептическая стриктура пищевода

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

1) бронхоскопия *

2) аортография

3) ангиопульмонография

4) бронхография

5) обзорная рентгенография

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

1) бронхография

2) сканирование легкого

3) бронхоскопия *

4) ангиопульмонография

5) аортография

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

1) сканирование легкого

2) бронхоскопию

3)

ангиопульмонографию

4) аортографию

5) бронхографию *

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

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

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

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

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

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

15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

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

16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

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

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

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

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

- 1) консервативную терапию
- 2) бронхоскопическую санацию
- 3) экстренную операцию *

4) наблюдение в динамике

5) плановую операцию

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

1) срочную операцию *

2) операцию после предоперационной подготовки

3) консервативную терапию

4) диспансерное наблюдение

5) плановую операцию

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

1) боковая торакотомия

2) передняя торакотомия

3) заднебоковая торакотомия

4) задняя торакотомия

5) переднебоковая торакотомия *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 1.2: Пороки развития трахеобронхального дерева у детей

Цель: овладение студентами знаний пороков развития трахеобронхиального дерева.

Задачи: - рассмотреть семиотику, клиническую картину, методы диагностики заболеваний легких

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития легких и грудной клетки

- изучить агенезию и аплазию легких, врожденную солитарную кисту легких, легочную секвестрацию, воронкообразную деформацию грудной клетки, килевидную деформацию грудной клетки, аномалии ребер.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: семиотику, диагностику, клиническую картину и методы

диагностики заболеваний легких и грудной клетки

Обучающийся должен уметь: применять методы диагностики и лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики, лечения и реабилитации больных с пороками легких и грудной клетки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

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

3. Пороки развития трахеобронхального дерева у детей (синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера, трахеальный бронх, бронхоэктатическая болезнь): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

4. Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам, участковому педиатру, обратились родители девочки 9-и лет с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Родители сообщили, что в возрасте 1,5 лет девочка аспирировала инородное тело (орех), которое было удалено при бронхоскопии из бронха нижней доли левого легкого через три месяца после аспирации. Именно с этим фактом родители связывают последующие частые (несколько раз в год) заболевания дыхательной системы.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки определяется ателектаз нижней доли левого лёгкого. Аускультативно – слева, в нижних отделах выявляется резкое ослабление дыхания, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы.

Контрольные вопросы

1. *Какие методы обследования необходимы ребенку?*
2. *Ваш диагноз?*
3. *Дифференциальный диагноз?*
4. *Этиология, патогенез, классификация?*
5. *Врачебная тактика? Методы лечения заболевания?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
 2. Лобарная эмфизема у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
 3. Пороки развития трахеобронхального дерева у детей (синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера, трахеальный бронх, бронхоэктатическая болезнь): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
 4. Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз
 5. Врожденная локализованная (лобарная) эмфизема. Клиника, диагностика, лечение
 6. Врожденная солитарная киста легкого. Диагностика и лечение
 7. Легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение
 8. Легочные артериовенозные свищи. Диагностика и лечение
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:
 - 1) гипоплазия легкого
 - 2) аплазия легкого *
 - 3) агенезия легкого
 - 4) ателектаз
 - 5) буллы
2. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:
 - 1) гипоплазия легкого
 - 2) аплазия легкого

3) агенезия легкого *

4) ателектаз

5) кистозная гипоплазия

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

1) бронхоэктазия

2) агенезия легкого

3) аплазия легкого

4) гипоплазия легкого *

5) ателектаз

4. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

1) бронхоэктазия

2) агенезия легкого

3) кистозная гипоплазия *

4) гипоплазия легкого

5) аплазия легкого

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

1) киста легкого

2) лобарная эмфизема *

3) напряженный пневмоторакс

4) гипоплазия легкого

5) агенезия легкого

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

1) киста легкого

2) опухоль легкого

3) легочная секвестрация *

4) опухоль средостения

5) ателектаз

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

1) бронхоэктазы

2) легочная секвестрация

3) гипоплазия нижней доли *

4) опухоль средостения

5) агенезия легкого

8. Пищевод Барретта - это:

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

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

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

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

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

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

- 1) сканирование легкого
- 2) бронхоскопию
- 3) ангиопульмонографию
- 4) аортографию
- 5) бронхографию *

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

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

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

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

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

- 1) сканирование легких

- 2) аортография
 3) бронхография
 4) ангиопульмонография
 5) бронхоскопия *
15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:
- 1) нижняя доля справа
 2) верхняя доля слева *
 3) нижняя доля слева
 4) верхняя доля справа
 5) средняя доля правого легкого
16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:
- 1) средняя доля правого легкого
 2) нижняя доля левого легкого
 3) верхняя доля левого легкого
 4) верхняя доля правого легкого
 5) нижняя доля правого легкого *
17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- 1) экстренную операцию
 2) плановую операцию *
 3) срочную операцию
 4) консервативную терапию
 5) выжидательную тактику
18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- 1) консервативную терапию
 2) бронхоскопическую санацию
 3) экстренную операцию *
 4) наблюдение в динамике
 5) плановую операцию
19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:
- 1) срочную операцию *
 2) операцию после предоперационной подготовки
 3) консервативную терапию
 4) диспансерное наблюдение
 5) плановую операцию
20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:
- 1) боковая торакотомия
 2) передняя торакотомия
 3) заднебоковая торакотомия
 4) задняя торакотомия
 5) переднебоковая торакотомия *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 1.3: Пороки развития легких у детей

Цель: овладение студентами знаний пороков развития лёгких

Задачи: - рассмотреть семиотику, клиническую картину, методы диагностики заболеваний легких

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития легких

- изучить агенезию и аплазию легких, врожденную солитарную кисту легких, легочную секвестрацию, воронкообразную деформацию грудной клетки, килевидную деформацию грудной клетки, аномалии ребер.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: семиотику, диагностику, клиническую картину и методы диагностики заболеваний легких и грудной клетки

Обучающийся должен уметь: применять методы диагностики и лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики, лечения и реабилитации больных с пороками легких и грудной клетки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

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

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

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.
2. Лобарная эмфизема у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.

3. Пороки развития трахеобронхеального дерева у детей (синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера, трахеальный бронх, бронхоэктатическая болезнь): этиология, патогенез, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

4. Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз
5. Врожденная локализованная (лобарная) эмфизема. Клиника, диагностика, лечение
6. Врожденная солитарная киста легкого. Диагностика и лечение
7. Легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение
8. Легочные артериовенозные свищи. Диагностика и лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

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

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

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

4. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

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

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

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

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

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

8. Пищевод Барретта - это:

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

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

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

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

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

5) аортография

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

1) сканирование легкого

2) бронхоскопию

3)

ангиопульмонографию

4) аортографию

5) бронхографию *

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

1) бронхоскопия

2) бронхография

3) обзорная рентгенография

4) радиоизотопное обследование легких *

5) ангиопульмонография

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

1) аортография *

2) бронхография

3) бронхоскопия

4) ангиопульмонография

5) сканирование легких

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

1)

сканирование

легких

2) аортография

3) бронхография

4) ангиопульмонография

5) бронхоскопия *

15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

1)

нижняя

доля

справа

2) верхняя доля слева *

3)

нижняя

доля

слева

4) верхняя доля справа

5) средняя доля правого легкого

16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

1) средняя доля правого легкого

2) нижняя доля левого легкого

3) верхняя доля левого легкого

4) верхняя доля правого легкого

5) нижняя доля правого легкого *

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

1)

экстренную

операцию

2) плановую операцию *

3) срочную операцию

4) консервативную терапию

5) выжидательную тактику

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

1) консервативную терапию

2) бронхоскопическую санацию

3) экстренную операцию *

4) наблюдение в динамике

5) плановую операцию

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

1) срочную операцию *

2) операцию после предоперационной подготовки

3) консервативную терапию

4) диспансерное наблюдение

5) плановую операцию

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

1) боковая торакотомия

2) передняя торакотомия

3) заднебоковая торакотомия

4) задняя торакотомия

5) переднебоковая торакотомия *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 1.4. Пороки развития пищевода у детей

Цель: овладение студентами знаний атрезии пищевода

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

- обучить методам диагностики и лечения атрезии пищевода

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

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: этиологию, клинику, диагностику и лечение атрезии пищевода

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Атрезия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

3. Практическая подготовка.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчику шесть лет. Больным его родители считают с 3-х лет, когда он стал жаловаться на боли в грудной клетке во время еды, периодическую рвоту во время приёма пищи. Трижды поступал в ЛОР отделение по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации крупными кусками мяса и фруктов. Ожога пищевода в анамнезе нет.

В настоящее время во время еды постоянно запивает еду водой, делает ложный глотательные движения, сам вызывает во время еды рвоту. Рвотные массы не имеют кислого запаха. Произведена диагностическая эндоскопия: пищевод резко расширен, содержит частицы пищи, принятой накануне вечером, и большое количество слизи. Воспалительные изменения слизистой пищевода. Кардия с трудом проходима для фиброскопа. Патологических изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке нет.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *План обследования?*
3. *Этиология, патогенез заболевания?*
4. *Дифференциальная диагностика?*
5. *Методы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Атрезия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
- 2) Врожденный короткий пищевод. Клиника, диагностика, лечение.
- 3) Халазия и ахалазия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
- 4) Химические ожоги пищевода. Клиника, лечение.
- 5) Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
- 6) Пищеводные кровотечения. Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЭЗОФАГОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ
 - А) бариевой взвесью
 - Б) иодидом калия
 - В) урогарфином*
 - Г) омнипаком*
2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА
 - А) баллонная дилатация*
 - Б) бужирование
 - В) кардиотомия
3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ЭТО
 - А) пилоромиотомия
 - Б) операция фундопликации*
 - В) операция Танера
 - Г) спленоренальный анастомоз
4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА
 - А) промывание полости рта водой*
 - Б) промывание желудка молоком
 - В) атропин*
 - Г) промедол*
 - Д) госпитализация в соматический стационар
 - Е) госпитализация в хирургический стационар*
5. К БУЖИРОВАНИЯМ ПОСЛЕ ЩЕЛОЧНОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИБЕГАЮТ
 - А) сразу
 - Б) через неделю
 - В) через 2 недели
 - Г) через 3 недели*
6. ФГС ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖОГА ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
 - А) при поступлении
 - Б) через 7 дней*
 - В) через 2 недели
 - Г) через 3 недели
7. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ
 - А) подпеченочная

Б) внутривенная*

В) надпочечная

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 1.5. Пороки развития пищевода у детей (продолжение).

Цель: овладение студентами знаний пороков развития пищевода

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

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития пищевода;

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

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

4. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Атрезия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
2. Врожденный короткий пищевод. Клиника, диагностика, лечение.
3. Халазия и ахалазия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
4. Химические ожоги пищевода. Клиника, лечение.
5. Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
6. Пищеводные кровотечения. Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

2. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЭЗОФАГОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ

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

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

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

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ЭТО

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

4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА

- А) промывание полости рта водой*
- Б) промывание желудка молоком
- В) атропин*
- Г) промедол*
- Д) госпитализация в соматический стационар
- Е) госпитализация в хирургический стационар*

5. К БУЖИРОВАНИЯМ ПОСЛЕ ЩЕЛОЧНОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИБЕГАЮТ

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

6. ФГС ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖОГА ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

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

7. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 1.6. Пороки развития диафрагмы

Цель: освоение студентами знаний о диафрагмальных грыжах в детской практике.

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

- обучить методам диагностики и дифдиагностики различных форм патологии, лечения больных с диафрагмальными грыжами

- изучить клинику истинных диафрагмально-плевральных грыж, ложных диафрагмально-плевральных грыж, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, френоперикардиальных грыж, парастернальных грыж, определение показаний для различных методов оперативной коррекции патологии.
- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики и лечения

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Эмбриогенез диафрагмы
 - 2) Классификация диафрагмальных грыж
 - 3) Клиника, диагностика, лечение ложных грыж диафрагмы
 - 4) Клиника, диагностика, лечение истинных грыж диафрагмы
 - 5) Френоперикардальные, парастернальные и пищеводного отверстия диафрагмы грыжи
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1) ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

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

2) У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

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

3) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:

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

4) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ:

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

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

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

6) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АГРЕССИВНОСТИ

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

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

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

Раздел 2: Пороки органов брюшной полости у детей.

Тема 2.1. Пороки развития передней брюшной стенки. Мальротация кишечника у детей.

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

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

- обучить методам диагностики и диффдиагностики, лечения больных с врожденной патологией кишечника;

- изучить гастрошизис и омфалоцеле, пороки развития 12-перстной кишки; клинику, диагностику и лечение высокой врожденной кишечной непроходимости, низкой врожденной кишечной непроходимости, пилоростеноза, методы оперативного лечения.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

С первых суток состояние ребёнка тяжелое, 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 6x8 см, плотно-эластическое, практически неподвижное. Печень + 1,5 см, селезёнка не определяется. Стул мекониальный, скудный.

Общий анализ крови в норме. Анализ мочи: белок - 0,85, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет. КОС: pH - 7,21, pCO₂ - 32 мм рт. ст., pO₂ - 65 мм рт.ст., BE -18 ммоль/л, SB-16 ммоль/л, Ht - 56%. K⁺ плазмы - 5,3 мэкв/л, натрий плазмы - 145 мэкв/л, мочевины - 92 ммоль/л, креатинин - 1,5 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Составить план обследования.*
3. *Дифференциальная диагностика?*

4. План ведения больного? Определить тактику лечения.

5. Назначить инфузионную терапию.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

Тестовый контроль:

1. ИССЛЕДОВАНИЕ С Ва НА ПРОТЯЖЕНИИ ПРОВОДИТСЯ

А) бариевой взвесью*

Б) иодидом калия

В) урогарфином

Г) омнипаком

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДПК

А) баллонная дилатация

Б) бужирование

В) кардиотомия

Г) наложение антевазального анастомоза конец в конец*

Д) резекция сосуда

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОСТЕНОЗА ЭТО

А) пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту*

Б) операция фундопликации

В) операция Танера

Г) спленоренальный анастомоз

Д) пилоротомия по Микуличу

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А) множественные уровни жидкости

Б) два газовых пузыря*

В) повышенное газонаполнение кишечника

Г) немой живот

5. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОТАЦИИ ДЛИТЬСЯ

А) 1-2 неделю

Б) 5-10 неделю

- В) 10-12 недель*
Г) до рождения ребенка
6. СИНДРОМ ЛЕДДА ВКЛЮЧАЕТ
А) высокую непроходимость*
Б) высокое положение слепой кишки*
В) заворот средней кишки*
Г) отсутствие стула с 3 недельного возраста

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.2. Врожденная кишечная непроходимость у детей.

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

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

- обучить методам диагностики и диффдиагностики, лечения больных с врожденной патологией кишечника;

- изучить гастрошизис и омфалоцеле, пороки развития 12-перстной кишки; клинику, диагностику и лечение высокой врожденной кишечной непроходимости, низкой врожденной кишечной непроходимости, пилоростеноза, методы оперативного лечения.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

диагностика, дифференциальная диагностика и лечение (консервативное и оперативное).

2. **Практическая подготовка.**

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

КОС: рН - 7,32, рO₂ - 78 мм рт.ст., PCO₂ - 36 мм рт.ст., BE - 2 ммоль/л, SB - 19 ммоль/л. Hb - 114 г/л, Ht - 68%. натрий плазмы - 138 мэкв/л, калий плазмы - 4,8 мэкв/л.

Контрольные вопросы

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

Назначить лечение. Принципы инфузионной терапии.

Не предусмотрены учебным планом.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Эмбриогенез кишечной трубки и физиологические повороты кишечника у плода
2. Пороки развития 12-перстной кишки. Виды, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

3. Высокая врожденная кишечная непроходимость. Виды, аспекты клиники, диагностики, методы дифференциальной диагностики, способы и этапы хирургического лечения
 4. Низкая врожденная кишечная непроходимость. Виды, клинические варианты, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (оперативное и консервативное)
 5. Пилоростеноз. Эмбриологический субстрат, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, предоперационная подготовка и хирургическая коррекция
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

2. ИССЛЕДОВАНИЕ С Ва НА ПРОТЯЖЕНИИ ПРОВОДИТСЯ

А) бариевой взвесью*

Б) иодидом калия

В) урогарфином

Г) омнипаком

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДПК

А) баллонная дилатация

Б) бужирование

В) кардиотомия

Г) наложение антевазального анастомоза конец в конец*

Д) резекция сосуда

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОСТЕНОЗА ЭТО

А) пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту*

Б) операция фундопликации

В) операция Танера

Г) спленоренальный анастомоз

Д) пилоротомия по Микуличу

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А) множественные уровни жидкости

Б) два газовых пузыря*

В) повышенное газонаполнение кишечника

Г) немой живот

5. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОТАЦИИ ДЛИТЬСЯ

А) 1-2 неделю

Б) 5-10 неделю

В) 10-12 недель*

Г) до рождения ребенка

6. СИНДРОМ ЛЕДДА ВКЛЮЧАЕТ

А) высокую непроходимость*

Б) высокое положение слепой кишки*

В) заворот средней кишки*

Г) отсутствие стула с 3 недельного возраста

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. Основы гнойной хирургии детского

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.3. Пороки развития и заболевания толстой кишки

Цель: овладение студентами знаний пороков развития и заболеваний толстой кишки

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

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

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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. Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение. Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение. Парапроктит у детей. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение.

5. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

1) острую *

2) подострую

3) хроническую

- 4) ректальную
- 5) ректосигмоидальную

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

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

Не предусмотрены учебным планом.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография *

4) ректороманоскопия, колоноскопия

5) весь перечисленный комплекс исследований

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

1) на животе *

2) на спине

3) на левом боку

4) на правом боку

5) любое из перечисленных

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

1) по установлении диагноза

2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *

3) при обострении процесса

4) после 5-6 лет

5) в любые сроки

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

1) рентгеноконтрастный

2) ректороманоскопия

3) колоноскопия

4) пальцевое ректальное исследование *

5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;

Б) консервативная терапия, бужирование;

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

Г) 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) ректovesтибулярный свищ *
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректовезикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

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

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

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

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

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

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

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

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

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

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки

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

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

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *
- 5) 3 года и старше

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) операция Дюамеля
- 2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

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

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

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

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

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

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

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

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

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

1) 3 месяца

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) семейного полипоза

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) ревизия и санация раны

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

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

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) пальцевое ректальное исследование *
- 4) ангиография
- 5) пункция образования

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

- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
- 2) дренирование кисты
- 3) антибактериальная терапия
- 4) рентгенотерапия
- 5) наблюдение

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

- 1) 6-8 месяцев *
- 2) 1 год
- 3) 2 года
- 4) 3 года
- 5) в зависимости от роста и размеров образования

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

- 1) ректальное исследование
- 2) эндоскопия *
- 3) биопсия
- 4) ангиография
- 5) ирригография

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

- 1) осмотр прямой кишки в зеркалах
- 2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *
- 3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
- 4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
- 5) криодеструкцию полипа

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

- 1) лейкоз
- 2) трещина заднего прохода *
- 3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

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

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая

3) третья *

4) четвертая

5) п

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

1) компенсированную

2) субкомпенсированную

3) декомпенсированную *

4) II степень

5) III степень

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) пальцевое исследование прямой кишки *

3) ирригография с воздухом

4) лапароскопия

5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.4. Пороки развития толстой кишки у детей.

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

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

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить болезнь Гиршпрунга, выпадение слизистой и прямой кишки, полипоз кишечника, анальные трещины

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая подготовка.

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

- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Лечебно-диагностическая тактика?*
4. *Дополнительные методы диагностики?*
5. *Причины возможных диагностических ошибок?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

Д) любой из перечисленных вариантов.

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

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

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

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

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

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

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

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

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В

ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

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

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

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

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

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

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

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *
- 5) 3 года и старше

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

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

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

- 1) в 1,5 года
- 2) в 3 года
- 3) в 6 лет
- 4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

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

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

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

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

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

- 1) операция Дюамеля
- 2) операция Свенсона
- 3) операция Соаве *
- 4) колостома
- 5) илеостома

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

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

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

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

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

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

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ

ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

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

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

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

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

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

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

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

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) пальцевое ректальное исследование *
- 4) ангиография
- 5) пункция образования

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

- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
- 2) дренирование кисты
- 3) антибактериальная терапия
- 4) рентгенотерапия
- 5) наблюдение

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

- 1) 6-8 месяцев *
- 2) 1 год
- 3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

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

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

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

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

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

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

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

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

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

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

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

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

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

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

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.5. Аноректальные пороки развития у детей.

Цель: овладение студентами знаний аноректальных пороков развития

Задачи: - рассмотреть эмбриогенез, виды, классификацию аноректальных пороков

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

- изучить аноректальные пороки, принципы оперативного лечения больных.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: эмбриогенез, виды, классификацию аноректальных пороков развития

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных .

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

Вопросы для самоконтроля:

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

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

- 1) короткий ход в 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) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

Д) любой из перечисленных вариантов.

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

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

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

1) 3 часа после рождения

2) 6 часов после рождения

3) 16 часов после рождения *

4) 24 часа после рождения

5) 32 часа после рождения

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

1) ректovesтибулярный свищ *

2) ректовагинальный свищ

3) ректоуретральный свищ

4) ректовезикальный свищ

5) ректопромежностный свищ

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

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

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) операция Дюамеля
- 2) операция Свенсона
- 3) операция Соаве *
- 4) колостома
- 5) илеостома

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

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) ирригография с воздухом
- 3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

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

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

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

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

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

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

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

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

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

1) 3 месяца

2) 6 месяцев *

3) 8 месяцев

4) 1,5 года

5) после 3 лет

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

1) инфекционная

2) ферментативная

- 3) алиментарная
- 4) аллергическая
- 5) аутоиммунная *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) все перечисленное

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) рентгенологический
 - 2) эндоскопический
 - 3) пальцевое ректальное исследование *
 - 4) ангиография
 - 5) пункция образования
40. ПРИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:
- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
 - 2) дренирование кисты
 - 3) антибактериальная терапия
 - 4) рентгенотерапия
 - 5) наблюдение
41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) 6-8 месяцев *
 - 2) 1 год
 - 3) 2 года
 - 4) 3 года
 - 5) в зависимости от роста и размеров образования
42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ректальное исследование
 - 2) эндоскопия *
 - 3) биопсия
 - 4) ангиография
 - 5) ирригография
43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- 1) осмотр прямой кишки в зеркалах
 - 2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *
 - 3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
 - 4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
 - 5) криодеструкцию полипа
44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) лейкоз
 - 2) трещина заднего прохода *
 - 3) язвенный колит
 - 4) полип прямой кишки
 - 5) гемофилия
45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
- 1) первая *

- 2) вторая
- 3) третья
- 4) четвертая
- 5) пятая

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

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

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

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

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

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

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

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.6. Пороки развития желчевыводящих путей у детей

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

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

- обучить способам диагностики и методам лечения

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

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

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

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине, роды в срок.

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

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

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

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Этиология, патогенез?*
3. *Классификация?*
4. *Дифференциальный диагноз?*
5. *Составить план обследования. Определить тактику лечения.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

Вопросы для самоконтроля:

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

- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

1. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ
 - 1) доброкачественные опухоли
 - 2) злокачественные опухоли
 - 3) энтерокисты
 - 4) врожденные кисты *
 - 5) удвоения

2. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО
 - 1) резекция кишки с кистой *
 - 2) вылушивание кисты
 - 3) пункция кисты
 - 4) анастомоз кисты с другим участком кишки
 - 5) консервативное лечение

3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ
 - 1) иссечение кисты
 - 2) резекция поджелудочной железы
 - 3) цистоеюноанастомоз *
 - 4) наружное дренирование
 - 5) цистодуоденоанастомоз

4. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) с момента рождения
 - 2) с 1-2-го дня быстро прогрессирует *
 - 3) со 2-го дня быстро исчезает
 - 4) с 3-го дня жизни
 - 5) со 2-8-й недели

5. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ
 - 1) снижения способности печени к конъюгации билирубина
 - 2) особенностей строения желчевыводящей системы
 - 3) незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
 - 4) недостаточности витамина С *
 - 5) ранимости билирубинового обмена при патологии

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

Тема 2.7. Пороки развития поджелудочной железы и селезенки у детей.

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

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

- обучить способам диагностики и методам лечения

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

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний селезенки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

Состояние после рождения удовлетворительное, на 2-е сутки приложен к груди, сосёт активно.

При осмотре – кожные покровы желтушные, тургор тканей удовлетворительный, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, громкие. Живот увеличен в размерах, мягкий, безболезненный, печень +2,5 см. При пальпации справа под печенью определяется плотное, эластической консистенции, безболезненное опухолевидное образование 8x10 см., неподвижное. Ребёнок переведён в

хирургическую клинику в возрасте 6 суток.

Общие анализы крови и мочи в норме. КОС: рН - 7,37, рО₂ - 70 мм рт.ст., рСО₂ - 35 мм рт.ст., SB - 22 ммоль/л, BE - 2,5 ммоль/л, мочевины - 5 ммоль/л, билирубин - 8,6 ммоль/л.

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

6. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ

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

7. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

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

8. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

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

5) цистодуоденоанастомоз

9. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ

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

10. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

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

ПРИЧИНАМИ ХИЛОТОРАКСА МОГУТ БЫТЬ

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

11. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО

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

12. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА С НАПРЯЖЕННЫМ ХИЛОТОРАКСОМ ПОКАЗАНО

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

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

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

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

- 1) ЛФК, массаж

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.8: Хилосерозиты. Отработка практических навыков. Зачетное занятие.

Цель: Понятие хилосерозитов. Хилоторакс у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение. Хилоперитонеум у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение. Курация больных.

Оценка знаний, умений, навыков, по дисциплине и контроль освоения результатов.

Задачи: - рассмотреть хилоторакс у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить хилоперитонеум у новорожденных и младенцев : этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции – ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, формы хилосерозитов

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний лимфатической системы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие хилосерозитов.

2. Хилоторакс у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.

3. Хилоперитонеум у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение.

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Примерные вопросы к зачету (собеседованию), критерии оценки:

- 1) Пороки развития шеи у детей.
- 2) Пороки развития грудной клетки у детей
- 3) Пороки развития ТБД у детей.
- 4) Пороки развития легких у детей
- 5) Атрезия пищевода у детей.
- 6) Пороки развития пищевода у детей
- 7) Синдром портальной гипертензии у детей
- 8) Пороки развития диафрагмы у детей
- 9) Грыжи передней брюшной стенки у детей
- 10) Пороки развития передней брюшной стенки,
- 11) мальротация кишечника
- 12) Врожденная кишечная непроходимость,
 - 13) врожденный пилоростеноз у детей.
 - 14) Пороки развития толстой кишки у детей
 - 15) Аноректальные пороки развития у детей
 - 16) Пороки развития желчевыводящих путей у детей.
 - 17) Пороки развития селезенки, поджелудочной железы.
 - 18) Хилосерозиты у детей.

Примерные тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТУПОСТЬ НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ОТСУТСТВИЕ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

2. У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ПРАВЫЙ ГЛАВНЫЙ БРОНХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ СЛЕПО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

3. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ОБНАРУЖЕНО ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ТОТАЛЬНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ СПРАВА СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ В БОЛЬНУЮ СТОРОНУ. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СУЖЕНЫ ДОЛЕВЫЕ БРОНХИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

4. ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЯЧЕЙСТОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, А НА БРОНХОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МНОЖЕСТВО ОКРУГЛЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО ВСЕМУ ПОЛЮ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СПРАВА ОБИЛЬНОЕ ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

5. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ТЯЖЕЛОЕ. ОДЫШКА. ДЫХАНИЕ СЛЕВА

ОСЛАБЛЕНО. ПЕРКУТОРНО СПРАВА КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СПРАВА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕГКОГО С РЕЗКИМ ОБЕДНЕНИЕМ РИСУНКА. В НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ СПРАВА ТРЕУГОЛЬНАЯ ТЕНЬ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВЛЕВО СО СНИЖЕНИЕМ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО. ДИАГНОЗ

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

6. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ЗАТЕМНЕНИЕ В ОБЛАСТИ БАЗАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ. ПРИ АОРТОГРАФИИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СОСУД, ИДУЩИЙ ОТ АОРТЫ К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕНИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

7. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕНЬ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ И ИМЕЮЩАЯ ТРЕУГОЛЬНУЮ ФОРМУ С ВОГНУТЫМ НАРУЖНЫМ КРАЕМ. НА БРОНХОГРАММЕ В ОБЛАСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЬКО КРУПНЫЕ БРОНХИ, ДОХОДЯЩИЕ ДО НИЖНЕГО КРАЯ ТЕНИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

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

8. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

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

9. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АПЛАЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

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

10. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ И СТЕПЕНЬ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКОГО, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) сканирование легкого
- 2) бронхоскопию
- 3) ангиопульмонографию
- 4) аортографию
- 5) бронхографию *

11. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА" ЯВЛЯЕТСЯ

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

12. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ" ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИМЕЕТ

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

13. МЕТОД СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРОМУ НАДО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО И ЕГО ТОТАЛЬНЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ

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

14. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭМФИЗЕМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) нижняя доля справа

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

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

16. У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

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

17. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

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

18. У РЕБЕНКА 1 ГОДА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ТАКТИКА ХИРУРГА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

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

19. НА БРОНХОГРАММЕ ИМЕЮТСЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКИЕ БРОНХОЭКТАЗЫ НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) оперативное лечение *
- 2) консервативное лечение

- 3) длительную бронхоскопическую санацию
- 4) оперативное лечение временно не показано
- 5) санаторное лечение

20. НА БРОНХОГРАММАХ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ДЕФОРМИРУЮЩИЙ БРОНХИТ НИЖНЕЙ ДОЛИ ОДНОГО ЛЕГКОГО. ОСТАЛЬНЫЕ БРОНХИ НЕ ПОРАЖЕНЫ. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция нижней доли
- 2) торакоцентез
- 3) экстирпация бронхов нижней доли
- 4) бронхоскопические санации
- 5) консервативное лечение *

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 на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

Вопросы для самоконтроля:

2. Понятие хилосерозитов.
3. Хилоторакс у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.
3. Хилоперитонеум у новорожденных и младенцев: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и диффдиагностика, лечение.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

1. ПРИЧИНАМИ ХИЛОТОРАКСА МОГУТ БЫТЬ
 - 6) врожденные
 - 7) травматические
 - 8) нетравматические
 - 9) все вышеперечисленные *
 - 10) наследственные

2. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО

- 6) лимангиоматоз кишечника *

- 7) лимфангиоматоз легкого
- 8) гемангиомы кишечника
- 9) ангиоматоз легкого
- 10) фиброзная остеодисплазия

3. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА С НАПРЯЖЕННЫМ ХИЛОТОРАКСОМ ПОКАЗАНО

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

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

- 6) повышенное содержание липидов
- 7) повышенное содержание белка
- 8) повышенный уровень триглицеридов
- 9) при микроскопии преобладают лимфоциты
- 10) при микроскопии преобладают нейтрофилы*

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

- 6) ЛФК, массаж
- 7) парафин на переднюю брюшную стенку
- 8) парентеральное питание (или смеси с ТСЦ), октреатид *
- 9) системную энзимотерапию
- 10) селективную деконтаминацию

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

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)

«Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

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
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие ребенка.						
Знать	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации и болезней, основные понятия общей нозологии.	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, практические навыки	Собеседование, тестирование, практические навыки

	патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	история болезней и	
Уметь	Частично освоенное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования;	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального	Сформированное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	ьного исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	ального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний 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	Общие, но не структурированные знания методов диагностики, диагностически	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания методов	Собеседование, тестирование, индивиду	Собеседование, тестирование, прием

	непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	е возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	диагностик и, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	дуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков 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 и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	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 и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических	Сформированное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

			синдромов.	проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	Успешное и систематическое применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза

ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями) у детей, устанавливает окончательный диагноз на основе МКБ.

Знать	Фрагментарные знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее	Общие, но не структурированные знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов;	Сформированные систематические знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
-------	---	---	---	---	--	---

	распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	органов; клиническую картину, особенность и течения и диагностика у наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	и	
Уметь	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

Владеть	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	Успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмам и возрастной диагностик и для успешной лечебно-диагностической деятельности.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
---------	---	---	---	--	--	---

ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза

ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям.

Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не	Сформированные систематические знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронически	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
-------	--	---	---	---	--	---

	экстренной медицинской помощи.	требующих экстренной медицинской помощи.	сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	х заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
Уметь	Частично освоенное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи....	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Сформированное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения способностью оказывать первичную медико-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения способностью	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения	Успешное и систематическое применение навыков владения способност	Собеседование, тестирование, индивидуальное домаш	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	ью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	ние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	В
--	---	--	---	---	---	---

ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность

ИД ПК 2.2. Подбирает ребенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и 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 современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Общие, но не структурированные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Сформированные систематические знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
-------	---	--	---	--	--	---

				ия и средства.	я болезн и	
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	Сформированное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различным и нозологическими формами.	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Успешное и систематическое применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни 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	Общие, но не структурированы	Сформированные, но	Сформированные	Собеседование	Собеседование

	<p>клинико-фармакологической характеристики основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.</p>	<p>ные знания клинико-фармакологической характеристики основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний</p>	<p>содержащие отдельные пробелы знания клинико-фармакологической характеристик и основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний</p>	<p>систематические знания клинико-фармакологической характеристики основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний</p>	<p>е, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и</p>	<p>е, тестирование, прием практических навыков</p>
<p>Уметь</p>	<p>Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и</p>	<p>Сформированное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические</p>	<p>Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и</p>	<p>Собеседование, тестирование, прием практических навыков</p>

		мероприятия.	профилактические мероприятия.	ические мероприятия.	и	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	Успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефераты, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность

ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей.

Знать	Фрагментарные знания клинико-фармакологическую характеристику у основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении	Общие, но не структурированные знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинико-фармакологическую характеристику у основных групп лекарственных препаратов и рациональный	Сформированные систематические знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефераты, коллоквиум, прием практи	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
-------	---	--	--	--	--	---

	основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	ческих навыков, история болезни и	
Уметь	Частично освоенное умение оценивать основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики и лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств,	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики и лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и	Сформированное умение оценивать основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефераты, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	побочные эффекты.	побочные эффекты.	противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	Успешное и систематическое применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, история болезни и	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

				ей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.		
--	--	--	--	--	--	--

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- 1	<p>Примерные вопросы к зачету (с № 1 по №18 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</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 <p>Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №1 по №17 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пороки развития шеи у детей. 2. Пороки развития грудной клетки у детей 3. Пороки развития ТБД у детей. 4. Пороки развития легких у детей 5. Атрезия пищевода у детей. 6. Пороки развития пищевода у детей 7. Синдром портальной гипертензии у детей 8. Пороки развития диафрагмы у детей 9. Грыжи передней брюшной стенки у детей 9. Пороки развития передней брюшной стенки, мальротация кишечника

- 10. Врожденная кишечная непроходимость,
- 11. Врожденный пилоростеноз у детей.
- 12. Пороки развития толстой кишки у детей
- 13. Аноректальные пороки развития у детей
- 14. Пороки развития желчевыводящих путей у детей.
- 15. Пороки развития селезенки, поджелудочной железы.
- 16. Хилосерозиты у детей.
- 17. Особенности анестезиологии детского возраста.

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.
 - Б. Цистография.
 - В. Ультразвуковое исследование.
 - Г. Цистоскопия.

3 уровень:

1. Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела $37,3^{\circ}$, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз?

- А) язвенная болезнь ЖКТ;
- Б) портальная гипертензия;*
- В) синдром Мэллори-Вейса;
- Г) гемолитическая анемия;
- Д) острый гастроэнтерит

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

- А) Рентгенологический;
- Б) Радиоизотопный;
- В) Фиброгастроскопия;*
- Г) Ангиография;
- Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – $7,6 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты –

23%, Т-лимфоциты – 70% ($1,22 \times 10^9/\text{л}$), В-лимфоциты – 20% ($0,35 \times 10^9/\text{л}$), CD₄-клетки – 38%, CD₈-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная?

- А) дезинтоксикационной;
- Б) витаминотерапии;
- В) химиотерапии;
- Г) иммуностропной;*
- Д) лучевой

Примерные ситуационные задачи

Задача №1

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

Контрольные вопросы

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

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?*

Примерный перечень практических навыков

- 1) Сбор хирургического анамнеза
- 2) Проведение обследования
 - ⇒ при остром аппендиците
 - ⇒ при синдроме острого живота
 - ⇒ при острой кишечной непроходимости
 - ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
 - ⇒ при ЖКТ-кровотечениях
 - ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
 - ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
 - ⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
 - ⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
 - ⇒ при пороках развития пищевода
 - ⇒ при ожогах пищевода
 - ⇒ при диафрагмальной грыже
 - ⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
 - ⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка
 - ⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
 - ⇒ при врожденном вывихе бедра
 - ⇒ при врожденной кривошее
 - ⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
 - ⇒ при черепно-мозговой грыже
 - ⇒ при ожогах и отморожениях
 - ⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
 - ⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
 - ⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
 - ⇒ при остановке сердца
 - ⇒ при остановке дыхания
 - ⇒ при терминальных состояниях
 - ⇒ при гипертермии
 - ⇒ при отеке мозга, судорогах
 - ⇒ при острых нарушениях гемодинамики
 - ⇒ при острой дыхательной недостаточности
 - ⇒ при нарушениях гидроионного равновесия
 - ⇒ при отравлениях
 - ⇒ при коматозных состояниях
- 3) Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):
 - показателей периферической крови
 - анализов мочи
 - кислотно-основного состояния и газов крови
 - биохимических показателей крови
 - показателей иммунного статуса
 - данные УЗИ
 - эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
 - результаты рентгенологического исследования
 - ⇒ при кишечной непроходимости

- ⇒ при перитоните
- ⇒ при некротическом энтероколите
- ⇒ при остеомиелите
- ⇒ при гидронефрозе, уретерогидронефрозе
- ⇒ при типичных переломах костей
- ⇒ при врожденном вывихе бедра
- ⇒ при пневмотораксе, пиопневмотораксе
- ⇒ при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого
- ⇒ при диафрагмальной грыже
- ⇒ при бронхоэктатической болезни
- ⇒ при атрезии пищевода
- ⇒ при ателектазе легкого

4) Провести диагностические и лечебные манипуляции

- ⇒ ректальное обследование
- ⇒ клизма очистительная и сифонная
- ⇒ наложить бактерицидную повязку
- ⇒ плевральная пункция
- ⇒ наложение транспортной шины
- ⇒ наложить вытяжение по Шеде
- ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты
- ⇒ непрямой массаж сердца
- ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу)
- ⇒ рассчитать инфузионную терапию
- ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов
- ⇒ зондирование, промывание желудка
- ⇒ катетеризация мочевого пузыря

5) Оказать неотложную помощь

- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при гипертермии
- ⇒ при болевом шоке
- ⇒ при лечении отека мозга
- ⇒ при судорогах
- ⇒ при острой дыхательной недостаточности
- ⇒ при остановке дыхания
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при отравлениях
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при геморрагическом шоке
- ⇒ при анафилактическом шоке
- ⇒ при острой дегидратации

6) Организовать транспортировку

- ⇒ новорожденных с хирургической патологией
- ⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
- ⇒ детей в критическом состоянии

7) Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Примерные задания для написания (и защиты) рефератов

1. Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста.
2. Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе.
3. Аппендикулярный перитонит у детей: история триумфа
4. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
5. Сравнительная характеристика различных схем противоспаечной терапии в детском возрасте.

Примерное задание к написанию учебной истории болезни

	<p style="text-align: center;">Комплект заданий по написанию учебной истории болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ежедневная курация больных • Участие в перевязках, присутствие на операциях • Дискуссии в микрогруппах по курируемым больным • Консультации с преподавателем по методам диагностики и лечения • Работа с медицинской картой стационарного больного • Написание учебной истории болезни • Ее проверка и защита <p style="text-align: center;"><i>Обязательные разделы учебной истории болезни</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Титульный лист. 2. Общие сведения о больном. 3. Жалобы больного на момент поступления в стационар. 4. История настоящего заболевания. 5. История жизни. 6. Данные объективного обследования (состояние, развитие, л/узлы, мышечная система, костная система, голова, шея, грудные железы, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система). 7. Локальный статус. 8. Предварительный диагноз. 9. План обследования больного. 10. Дифференциальный диагноз. 11. Развернутый клинический диагноз. 12. Этиология и патогенез заболевания. 13. Лечение. 14. Дневники курации. 15. Предоперационный эпикриз. 16. Протокол операции. 17. Дневник после операции. 18. Эпикриз. 19. Прогноз. 20. Использованная литература.
	<p>Примерные задания для проведения коллоквиума</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК - 2</p>	<p>Примерные вопросы к зачету (с №20 по №39 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Гематометркольпос 21. Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы 22. Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза 23. Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи 24. Дифференциальная диагностика кисты урахуса

25. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
26. Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом
27. Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения
28. Закрытая черепно-мозговая травма
29. Инвагинация кишечника
30. Копростаз. Дифференциальная диагностика
31. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей
32. Лимфангиома в области шеи
33. Лобарная эмфизема
34. Невправимая паховая грыжа
35. Некротическая флегмона новорожденных
36. Ожоговая болезнь
37. Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
38. Острый аппендицит
39. Острый гематогенный остеомиелит

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №20 по №39 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))

20. Острая дыхательная недостаточность у детей.
21. Сердечно-легочная реанимация у детей.
22. Сердечно-сосудистая недостаточность у детей.
23. Комы и шоки у детей.
24. Посиндромная терапия у детей.
25. Инфузионная парентеральная терапия у детей и коррекция кислотно-основного состояния.
26. Отравления у детей.
27. Реанимация новорожденных в родовом зале.
28. Реанимация и интенсивная терапия у новорожденных при неотложных состояниях.
29. Полостная травма у детей. Черепно-мозговая травма у детей.
30. Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.
31. Неотложная детская урология.
32. Гнойная инфекция в детской хирургии.
33. ЖКТ-кровотечения у детей.
34. Антибактериальная хирургия в детской хирургии.
35. Холецистит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Полипы и полипоз кишечника у детей.
36. Некротический энтероколит.
37. Какие стадии развития проходит почка в процессе эмбриогенеза.
38. Рудиментами каких эмбриональных структур являются гидатиды яичек и яичников?
39. Из какой эмбриональной структуры формируется фильтрационно-реабсорбционный, а из какой – мочевыделительный аппарат окончательной почки?

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1.уровень: УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. **Транспортировка ребенка с синдромом внутригрудного напряжения должна проводиться в положении**
 - а) горизонтальном

- б) возвышенное на больном боку
- в) возвышенное на здоровом боку

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

2. Двумя ведущими симптомами кишечной непроходимости являются:

- а) асимметрия живота
- б) вздутие живота
- в) отсутствие стула и газов
- г) выделение крови из прямой кишки
- д) рвота с патологическими примесями

3. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста проявляется:

- а) острым внезапным началом
- б) периодическим беспокойством
- в) застойной рвотой
- г) болезненным, напряженным животом
- д) выделением крови из прямой кишки

4. Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:

- а) атрезии двенадцатиперстной кишки
- б) синдроме Ледца
- в) болезни Гиршпрунга
- г) ущемленной грыже
- д) инвагинации

5. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является

- а) наличие уровней жидкости в кишечных петлях
- б) равномерное, повышенное газонаполнение кишечника
- в) свободный газ в брюшной полости
- г) наличие уровня в свободной брюшной полости

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

6. При некротическом энтероколите на стадии клинических проявлений выражены симптомы:

- а) рвота с примесью желчи
- б) вздутие живота с локальной болезненностью
- в) усиление перистальтики кишечника
- г) частый стул с патологическими примесями
- д) стул с примесью крови

2 уровень: 1. Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:

- А. Заворот кишок.*
- Б. Копростаз.
- В. Атония кишечника.
- Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля. *

2 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:

- А. Экскреторная урография.
- Б. Цистография.

В. Ультразвуковое исследование.

Г. Цистоскопия.

3 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:

А. Одномоментная репозиция, закрытая.

Б. Скелетное вытяжение.

В. Интрамедуллярный остеосинтез.

Г. Остеосинтез по Илизарову.

3. уровень: 1. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% ($0,68 \times 10^9/\text{л}$), В-лимфоциты – 31,2% ($0,68 \times 10^9/\text{л}$), CD₄-клетки – 57%, CD₈-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?

А) иммунозаместительный специфический;

Б) иммуномодулирующий;*

В) иммуностимулирующий;

Г) иммунодепрессантный;

Д) иммунозаместительный неспецифический

2. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным?

А) бронхография;

Б) нейросонография;

В) обзорная рентгенография;

Г) эзофагография;*

Д) УЗИ

Примерные ситуационные задачи

Задача №1

У новорожденного ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут,

безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет.

Контрольные вопросы

6. *Ваш диагноз? Тератогенез порока?*
7. *Методы показанного обследования?*
8. *Возможные осложнения?*
9. *Врачебная тактика?*
10. *Методы, этапы, сроки оперативного лечения?*

Задача №2.

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?*

Примерный перечень практических навыков

Сбор хирургического анамнеза

Проведение обследования

- ⇒ при остром аппендиците
- ⇒ при синдроме острого живота
- ⇒ при острой кишечной непроходимости
- ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
- ⇒ при ЖКТ-кровотечениях
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
- ⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
- ⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
- ⇒ при пороках развития пищевода
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при диафрагмальной грыже
- ⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
- ⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка

- ⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
- ⇒ при врожденном вывихе бедра
- ⇒ при врожденной кривошее
- ⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
- ⇒ при черепно-мозговой грыже
- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
- ⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
- ⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при остановке дыхания
- ⇒ при терминальных состояниях
- ⇒ при гипертермии
- ⇒ при отеке мозга, судорогах
- ⇒ при острых нарушениях гемодинамики
- ⇒ при острой дыхательной недостаточности
- ⇒ при нарушениях гидроионного равновесия
- ⇒ при отравлениях
- ⇒ при коматозных состояниях

Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):

- показателей периферической крови
- анализов мочи
- кислотно-основного состояния и газов крови
- биохимических показателей крови
- показателей иммунного статуса
- данные УЗИ
- эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
- результаты рентгенологического исследования
 - ⇒ при кишечной непроходимости
 - ⇒ при перитоните
 - ⇒ при некротическом энтероколите
 - ⇒ при остеомиелите
 - ⇒ при гидронефрозе, уретерогидронефрозе
 - ⇒ при типичных переломах костей
 - ⇒ при врожденном вывихе бедра
 - ⇒ при пневмотораксе, пиопневмотораксе
 - ⇒ при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого
 - ⇒ при диафрагмальной грыже
 - ⇒ при бронхоэктатической болезни
 - ⇒ при атрезии пищевода
 - ⇒ при ателектазе легкого

Провести диагностические и лечебные манипуляции

- ⇒ ректальное обследование
- ⇒ клизма очистительная и сифонная
- ⇒ наложить бактерицидную повязку
- ⇒ плевральная пункция
- ⇒ наложение транспортной шины
- ⇒ наложить вытяжение по Шеде
- ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты
- ⇒ непрямой массаж сердца
- ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу)
- ⇒ рассчитать инфузионную терапию
- ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов
- ⇒ зондирование, промывание желудка
- ⇒ катетеризация мочевого пузыря

Оказать неотложную помощь

- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при гипертермии
- ⇒ при болевом шоке

- ⇒ при лечении отека мозга
- ⇒ при судорогах
- ⇒ при острой дыхательной недостаточности
- ⇒ при остановке дыхания
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при отравлениях
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при геморрагическом шоке
- ⇒ при анафилактическом шоке
- ⇒ при острой дегидратации

Организовать транспортировку

- ⇒ новорожденных с хирургической патологией
- ⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
- ⇒ детей в критическом состоянии

Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Примерные задания для написания (и защиты) рефератов

1. Сравнительная характеристика различных схем противовоспалительной терапии в детском возрасте.
2. ЖКТ-кровотечения у детей – сражение со временем.
3. Проблема портальной гипертензии в детской практике
4. Дивертикул Меккеля как мина замедленного действия
5. Гнойная почка – мифы и реальность

Примерное задание к написанию учебной истории болезни

Комплект заданий по написанию учебной истории болезни

- Ежедневная курация больных
- Участие в перевязках, присутствие на операциях
- Дискуссии в микрогруппах по курируемым больным
- Консультации с преподавателем по методам диагностики и лечения
- Работа с медицинской картой стационарного больного
- Написание учебной истории болезни
- Ее проверка и защита

Обязательные разделы учебной истории болезни

1. Титульный лист.
2. Общие сведения о больном.
3. Жалобы больного на момент поступления в стационар.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Данные объективного обследования (состояние, развитие, л/узлы, мышечная система, костная система, голова, шея, грудные железы, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система).
7. Локальный статус.
8. Предварительный диагноз.
9. План обследования больного.
10. Дифференциальный диагноз.
11. Развернутый клинический диагноз.
12. Этиология и патогенез заболевания.
13. Лечение.
14. Дневники курации.
15. Предоперационный эпикриз.
16. Протокол операции.
17. Дневник после операции.

	18. Эпикриз. 19. Прогноз. 20. Использованная литература.
	<p>Примерные задания для проведения коллоквиума</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике. 2. Проблема портальной гипертензии в детской практике 3. Атрезия пищевода – своевременная диагностика и современное лечение. 4. Лечение врожденной кишечной непроходимости. 5. Диагностика аноректальных аномалий у детей. 6. Синдромальная патология пороков трахеобронхиального дерева. 7. Детская хирургия в призме патологии облитерации влагалищного отростка брюшины.

Критерии оценки зачетного собеседования, устного опроса, собеседования 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% правильных ответов;

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

Критерии оценки ситуационных задач:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

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 написания (и защиты) рефератов:

Оценка «отлично» – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного подхода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

Оценка «хорошо» – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются не критичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «удовлетворительно» – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме реферата. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «неудовлетворительно» – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией и понятийным аппаратом проблемы. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценки по написанию учебной истории болезни:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и

алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

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.

2.2. Примерные вопросы к зачету

1. Аденофлегмона подчелюстной области
2. Атрезия ануса и прямой кишки
3. Атрезия желчных путей
- 2 Ахалазия пищевода
- 3 Бактериально-деструктивная пневмония
- 4 Бронхоэктатическая болезнь
- 5 Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
- 6 Внезапная остановка сердца
- 7 Врожденная высокая непроходимость ЖКТ
- 8 Врожденная диафрагмальная грыжа
- 9 Врожденная лобарная эмфизема
- 10 Врожденная высокая кишечная непроходимость
- 11 Врожденный гидронефроз
- 12 Врожденный заворот кишечника
- 13 Врожденный пилоростеноз
- 14 Врожденный порок развития – синдром Ледда
- 15 Гематометрокольпос

- 16 Гипоспадия
- 17 Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы
- 18 Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза
- 19 Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи
- 20 Дифференциальная диагностика кисты ухагуса
- 21 Дифференциальная диагностика острого аппендицита
- 22 Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом
- 23 Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения
- 24 Закрытая черепно-мозговая травма
- 25 Инвагинация кишечника
- 26 Копростаз. Дифференциальная диагностика
- 27 Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей
- 28 Лимфангиома в области шеи
- 29 Лобарная эмфизема
- 30 Невправимая паховая грыжа
- 31 Некротическая флегмона новорожденных
- 32 Ожоговая болезнь
- 33 Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
- 34 Острый аппендицит
- 35 Острый гематогенный остеомиелит
- 36 Отравление ароматическими углеводородами
- 37 Перфоративная язва полого органа
- 38 Пищеводное кровотечение на фоне синдрома портальной гипертензии
- 39 Подковообразная почка
- 40 Подпеченочный абсцесс брюшной полости
- 41 Поликистоз почек, диспансерное наблюдение
- 42 Послеоперационные осложнения острого аппендицита
- 43 Послеоперационный инфильтрат
- 44 Правосторонняя паховая грыжа
- 45 Родовая травма, перелом бедра
- 46 Родовая травма, повреждение органов забрюшинного пространства
- 47 Рубцовый стеноз пищевода
- 48 Синдром инфравезикальной обструкции, дифференциальный диагноз
- 49 Синдром пальпируемой опухоли в животе
- 50 Спаечная кишечная непроходимость
- 51 Ущемленная паховая грыжа
- 52 Химический ожог пищевода
- 53 Черепно-мозговая травма, травматический шок
- 54 Экстрофия мочевого пузыря
- 55 Электротравма
- 56 Эписпадия
59. Эпифизарный остеомиелит
60. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля

- 1) Пороки развития шеи у детей.
- 2) Пороки развития грудной клетки у детей
- 3) Пороки развития ТБД у детей.
- 4) Пороки развития легких у детей
- 5) Атрезия пищевода у детей.
- 6) Пороки развития пищевода у детей
- 7) Синдром портальной гипертензии у детей

- 8) Пороки развития диафрагмы у детей
- 9) Грыжи передней брюшной стенки у детей
- 10) Пороки развития передней брюшной стенки,
- 11) мальротация кишечника
- 12) Врожденная кишечная непроходимость,
- 13) врожденный пилоростеноз у детей.
- 14) Пороки развития толстой кишки у детей
- 15) Аноректальные пороки развития у детей
- 16) Пороки развития желчевыводящих путей у детей.
- 17) Пороки развития селезенки, поджелудочной железы.
- 18) Хилосерозиты у детей.
- 19) Особенности анестезиологии детского возраста.
- 20) Плановая и экстренная анестезиология у детей.
- 21) Острая дыхательная недостаточность у детей.
- 22) Сердечно-легочная реанимация у детей.
- 23) Сердечно-сосудистая недостаточность у детей.
- 24) Комы и шоки у детей.
- 25) Посиндромная терапия у детей.
- 26) Инфузионная парентеральная терапия у детей и коррекция кислотно-основного состояния.
- 27) Отравления у детей.
- 28) Реанимация новорождённых в родовом зале.
- 29) Реанимация и интенсивная терапия у новорождённых при неотложных состояниях.
- 30) Полостная травма у детей. Черепно-мозговая травма у детей.
- 31) Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.
- 32) Неотложная детская урология.
- 33) Гнойная инфекция в детской хирургии.
- 34) ЖКТ-кровотечения у детей.
- 35) Антибактериальная хирургия в детской хирургии.
- 36) Холецистит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Полипы и полипоз кишечника у детей.
- 37) Некротический энтероколит.
- 38) Какие стадии развития проходит почка в процессе эмбриогенеза.
- 39) Рудиментами каких эмбриональных структур являются гидатиды яичек и яичников?
- 40) Из какой эмбриональной структуры формируется фильтрационно-реабсорбционный, а из какой – мочевыделительный аппарат окончательной почки?
- 41) На каком этапе эмбриогенеза почек и как формируются различные виды дистопий?
- 42) Как формируются аномалии взаимоотношения почек?
- 43) Как формируются аномалии структуры почек?
- 44) В чём причина развития мультикистоза почки?
- 45) Какие нарушения развития мочеточникового зачатка можно отнести к супрауретеральным
- 46) Нарушения каких механизмов эмбриогенеза ведут к развитию экстрофии мочевого пузыря?
- 47) Какие формы нарушений облитерации мочевого протока Вы знаете?
- 48) Какие врожденные пороки развития мочевых путей чаще осложняются присоединением вторичной инфекции?
- 49) Какой путь инфицирования более характерен для вторичного обструктивного пиелонефрита?
- 50) Какие микроорганизмы чаще являются возбудителями вторичного пиелонефрита?
- 51) С помощью какого исследования можно количественно охарактеризовать активность пиелонефрита?
- 52) С какими заболеваниями чаще приходится проводить дифференциальную диагностику пиелонефрита у детей?
- 53) Перечислите симптомы, свидетельствующие о развитии гнойного пиелонефрита
- 54) Какие формы «гнойной почки» Вы знаете?
- 55) Назовите показания для оперативного лечения детей с «гнойной почкой»

- 56) Какие факторы способствуют инфицированию нижних мочевых путей у девочек?
- 57) Как принято классифицировать острый баланопостит у детей?
- 58) Классификация идиопатического варикоцеле
- 59) Какие методы лечения варикоцеле применяются в детской практике?
- 60) Какие причины чаще приводят к развитию синдрома «острой мошонки» у детей?
- 61) Назовите классическую клиническую триаду синдрома «острой мошонки»
- 62) Какие гипотезы развития мочекаменной болезни Вы знаете?
- 63) Какие по составу камни выявляются при мочекаменной болезни у детей?
- 64) В каком возрасте чаще встречаются камни мочевого пузыря?
- 65) Перечислите преимущества дистанционной литотрипсии
- 66) Что такое комбинированная травма почки?
- 67) Назовите анатомо-физиологические особенности детского организма, имеющие наиболее существенную роль при тупой травме почки?
- 68) Сформулируйте диагностический алгоритм обследования ребенка с подозрением на травму почки
- 69) Показания к оперативному лечению травмы почки у детей
- 70) Как производится диагностика травмы мочеточника у детей?
- 71) Какие виды разрывов мочевого пузыря Вы знаете?
- 72) Какие методы лечения повреждений уретры у детей наиболее оптимальны?

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-

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. 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	70

3.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся-

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования

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 проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено»

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

3.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся-

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). Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки

ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в 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 деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

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

3.4. Методика проведения защиты истории болезни

История болезни — это важнейший медицинский документ, в котором содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования больного и эффективности проводившейся терапии. История болезни должна соответствовать схеме написания истории. Схема определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т. е. является своеобразным алгоритмом действий студента у постели больного.

ОБЩАЯ ЦЕЛЬ освоения дисциплины – формирование клинического мышления и умения постановки диагноза хирургических заболеваний, типичного их течения у пациента с назначением плана обследования, определением показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, определение характера и общих принципов оперативных вмешательств, оказание экстренной врачебной помощи при неотложных состояниях. **КОНЕЧНЫМИ ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ** являются умение студентом вести историю болезни, выявлять у пациентов симптомы и синдромы заболеваний с учетом информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства и с сохранением сведений, представляющих врачебную тайну. На курацию дается больной с соответствующим разделу дисциплины заболеванием. Курация и написание истории проводятся в течение цикла по детской хирургии

Защита истории проводится в форме индивидуальной беседы. Рассматривается каждый раздел истории, оценивается правильность постановки диагноза и проведенного лечения, что позволяет оценить уровень понимания проблемы.

3.5. Методика проведения защиты рефератов

Реферат пишется на основе литературных данных по определенной проблеме (см. список тем рефератов) с учетом результатов диагностики и лечения данной патологии в клинике детской хирургии Кировского ГМУ. Проводится сравнительная оценка региональных значений и средних по РФ (или мировых), сопоставление результатов лечения, делаются выводы по оптимизации диагностическо-лечебных мероприятий для улучшения результатов лечения больных данной группы.

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.