

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.02.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«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 «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой детской хирургии «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой М.П. Разин

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета О.Н. Любезнова

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

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры детской хирургии Н.К. Сухих

Рецензенты

Заведующий кафедрой детской хирургии
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
медицинский университет» Минздрава
России д.м.н. профессор С.В.Минаев

Заведующий кафедрой педиатрии
ГБОУ ВПО «Кировский государственный
Медицинский университет» Минздрава
России д.м.н. профессор Я.Ю. Иллек

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), отнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	9
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	9
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	9
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	11
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	13
3.7. Лабораторный практикум	13
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	13
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	13
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	13
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	13
4.2.1. Основная литература	14
4.2.2. Дополнительная литература	15
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	15
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	16
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	17
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	17
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	18
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	19

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

Цель изучения дисциплины (модуля) по выбору «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» является формирование основных диагностических программ и тактики ведения детей с неотложными хирургическими заболеваниями и пороками развития.

1.1 Задачи изучения дисциплины (модуля):

- *Медицинская деятельность:*

- Диагностика заболеваний и патологических состояний у детей;
- Диагностика неотложных состояний;
- Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- Участие в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- Оказание медицинской помощи детям при состояниях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- Участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей;
- Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- Обучение детей и их родителей (законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

- *Научно-исследовательская деятельность:*

- Анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;
- Участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

- *Задачи дисциплины*

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «Детская хирургия», способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Детская хирургия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебнодиагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.
4. Подготовить врача по специальности «Детская хирургия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу по диагностике и лечению хирургических заболеваний у детей свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.
6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;
7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебнодиагностических мероприятий;
8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;
9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;
10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

1.3 Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии» относится к блоку Б1. Дисциплины вариативной части, дисциплины по выбору.

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

Является предшествующей для изучения дисциплин: инфекционные болезни; госпитальная педиатрия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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. Виды профессиональной деятельности

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

1. медицинская;
2. научно-исследовательская.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	З2. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование.
2	ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	З2. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование.
3	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра,	З2. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы	У2. Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза,	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных,	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние	Собеседование, тестирование

		лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...	провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	
4	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
	32. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.		У2. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости и оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	В2. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.			
5	ПК-10	готовностью к оказанию первичной медико-	32. Стандарты и протоколы оказания первичной медико-	У2. Разработать тактику оказания первичной	В2. Способностью оказывать первичную медико-	Собеседование, тестирование, индивидуаль-	Собеседование, тестирование.

		санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	льные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	
6	ПК-20	готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	33. Понятие и сущность научно-исследовательского эксперимента. Методы анализа результатов эксперимента.	У3. Планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	В3. Навыкам и планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование.

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		12
1	2	3
Контактная работа (всего)	72	72
в том числе:		
Лекции (Л)	12	12

Практические занятия (ПЗ)	60	60
Самостоятельная работа (всего)		
В том числе:	36	36
- История болезни	20	20
- Подготовка к занятиям (ПЗ)	5	5
- Подготовка к текущему контролю (ПТК)	2	2
- Реферат	6	6
- Подготовка к промежуточному контролю (ППК)	3	3
Вид промежуточной аттестации	Зачет	зачет
Общая трудоемкость (часы)	108	108
Зачетные единицы	3	3

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.	ОК-4 ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10 ПК-20	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.	ОК-4 ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10 ПК-20	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	Инфекционные болезни у детей	+	+

2	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	24			16	44
2	Пороки развития органов брюшной полости у детей.	8	32			20	60
	Зачетное занятие		4				4
	Вид промежуточной аттестации:	Зачет					Зачет
	Итого:	12	60			36	108

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				№ 12 сем
1	2	3	4	5
1	1	Пороки развития шеи и грудной клетки у детей и легких	<p>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.</p> <p>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.</p>	2
2	1	Пороки развития пищевода у детей Пороки развития диафрагмы у детей	<p>Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезии пищевода, халазии, ахалазии, врожденного короткого пищевода, ГЭРБ у детей.</p> <p>Тератогенез, классификация,</p>	2

			клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и 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)
				№11 сем.
1	2	3	4	8
1	1	Пороки развития шеи и грудной клетки у детей	Тератогенез и классификации пороков развития шеи и грудной клетки у детей. Клиника и диагностика	4

			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.	
2	1	Пороки развития трахеобронхиального дерева 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.	4
3	1	Пороки развития и легких у детей.	Тератогенез и классификации пороков развития легких у детей. Сроки и способы оперативного и консервативного лечения пороков развития легких у детей.	4
4	1	Пороки развития пищевода у детей.	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезии пищевода.	4
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.	4
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, парастеральных, френоперикардальных грыж у детей.	4
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.	4
8	2	Врожденная кишечная непроходимость у детей.	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения высокой и низкой врожденной кишечной непроходимости у детей.	4
9	2	Пороки развития и заболевания толстой кишки у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения Болезни Гиршпрунга у детей	4

10	2	Пороки развития толстой кишки у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения болезни Пайра, мальротаций 3 периода у детей	4
11	2	Аноректальные пороки развития у детей	Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения атрезий ануса и прямой кишки у детей. Тератогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы оперативного и консервативного лечения такой патологии, как ректальные свищи и парапроктит в детской практике, эпителиальный копчиковый ход	4
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,	4
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.	4
14	2	Хисосерозиты у детей	Проблема хисосерозитов у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, способы оперативного и консервативного лечения.	4
15	1,2	Зачетное занятие	Тестовый контроль, собеседование	4
Итого:				60

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	16
2		Пороки развития органов брюшной полости у детей.	Написание рефератов, истории болезни, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю.	20
Всего часов на самостоятельную работу:				36

3.7. Лабораторный практикум

-не предусмотрен учебным планом.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ)-не предусмотрена уч. планом

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

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

- Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС). 2003г.
- Методические рекомендации по детской хирургии для аудиторной и самостоятельной работы студентов педиатрического факультета / Сост.: М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. – Киров, 2013. – 98 с.

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

4.2.1. Основная литература

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

4.2.2. 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,	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента

		Н.К. Сухих			
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

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

- <http://www.elib.kirovgma.ru/>
- <http://www.studentlibrary.ru/>
- <http://www.studmedlib.ru/>

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

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

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

70% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий.

Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

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

Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

- 1) электронный учебник по детской хирургии (М., 1998, под ред. акад. Ю.Ф. Исакова)
- 2) система «Консультант студента»
- 3) электронная библиотека кафедры

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

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

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

1. Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
2. Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».

- 3.«Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
4. ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
5. ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
6. ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
7. ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

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

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

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – конференцзал ОДКБ (ул.Менделеева, 16)
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул.Менделеева, 16)
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул.Менделеева, 16)
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул.Менделеева, 16)
- помещения для самостоятельной работы – читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус).
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. №_5(лаборантская). (ул.Менделеева, 16)

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

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

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

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

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

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

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

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения: собрать анамнез, провести квалифицированные осмотр и обследование детей с применением современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ и др.), поставить хирургический диагноз, провести дифференциальную диагностику, своевременно направить на консультацию или госпитализацию, оценить тяжесть состояния пациента (гемодинамика, нарушения ВЭБ, КОС, степени инфекционного токсикоза, провести коррекцию нарушений гомеостаза, назначить инфузионную терапию, антибактериальную, посиндромную, иммунокорректирующую.

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

числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

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

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

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

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.

2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.

3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.

4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

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

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

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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок 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 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 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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

2. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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 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 долевы бронхи. Наиболее вероятный диагноз :

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

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

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

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

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

5) агенезия легкого

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

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

7. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок родился от 1-ой нормально протекавшей беременности и физиологических срочных родов, с массой 3500 г. Закричал сразу. С первых суток отмечен цианоз носогубного треугольника,

одышка до 60 в мин. Грудная клетка вздута слева. Перкуторно над лёгкими выявляется коробочный оттенок лёгочного звука. Аускультативно слева дыхание ослаблено, справа – пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в минуту, максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, обычной формы, печень + 2 см. Стул и диурез нормальные. При кормлении и беспокойстве ребёнка усиливается цианоз и нарастает одышка.

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Пороки развития легких у детей (поликистоз, гипоплазия): этиология, патогенез, клиника, диагностика и 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. 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 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчику 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 ложные 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) пилоромииотомия
- 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 1.5. 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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

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

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения больных с пороками

пищевода.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

4. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

Контрольные вопросы

1. *Ваши диагнозы?*
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) внутривенечная*

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 диффдиагностики различных форм патологии, лечения больных с диафрагмальными грыжами

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

патологии.

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики и лечения

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- 1) Эмбриогенез диафрагмы
- 2) Классификация диафрагмальных грыж

- 3) Клиника, диагностика, лечение ложных грыж диафрагмы
- 4) Клиника, диагностика, лечение истинных грыж диафрагмы
- 5) Френоперикардиальные, парастернальные и пищеводного отверстия диафрагмы грыжи
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1) ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

- 1) френоперикардиальная
 - 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) френоперикардиальные грыжи

3) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ

ИНФОРМАТИВНЫ:

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

4) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

СЛЕДУЕТ:

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

5) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВЫГОДНЕЕ ВСЕГО

ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

- 1) из левосторонней торакотомии
- 2) из лапаротомии
- 3) из правосторонней торакотомии
- 4) из верхнесрединной лапаротомии *
- 5) из широкой срединной лапаротомии
- 6) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ

АГРЕССИВНОСТИ

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

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

Дополнительная:

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

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

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

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 - ОК - 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок родился от 1-й 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 6х8 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: рН - 7,21, рСО₂ - 32 мм рт. ст., рО₂ - 65 мм рт.ст., ВЕ -18 ммоль/л, SB-16 ммоль/л, Нt - 56%. К⁺ 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*
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 - ОК- 4, ОПК - 6, ОПК - 9, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.**

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

КОС: рН - 7,32, рО₂ - 78 мм рт.ст., РСО₂ - 36 мм рт.ст., ВЕ - 2 ммоль/л, SB - 19 ммоль/л. Нв - 114 г/л, Нt - 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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. Парaproктит 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) ректостомальный свищ *
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректовезикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

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

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

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

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

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

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

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

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

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

- 1) радикальная операция
- 2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
- 3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки

5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

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

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 9 месяцев

4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

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

1) острую

2) подострую *

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

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

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

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

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

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

1) до 6 месяцев *

2) после 1 года

3) после 3 лет

4) после 6 лет

5) после перенесенной кишечной инфекции

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

1) операция Дюамеля

2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) острая

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ

КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

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

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

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок 2 года 2 мес. поступил в приёмное отделение хирургической клиники с подозрением на острый аппендицит. Известно, что он болен около суток. Ребенок периодически беспокоится,

жалуется на боли в животе. Была однократная рвота. Температура 37,1⁰ С. Стула не было в течение 3 суток. В общем анализе крови лейкоцитоз 10,1 x 10⁹/л.

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

- Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика

- Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения

- Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)

- Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.

- Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.

- Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация

- Парaproктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *

2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика

3) копчиковая киста

4) воронкообразное кожное втяжение

5) все перечисленное

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

1) зондирование

2) пальцевое ректальное обследование

3) рентгенофистулография *

4) ректороманоскопия, колоноскопия

5) весь перечисленный комплекс исследований

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

1) на животе *

2) на спине

3) на левом боку

4) на правом боку

5) любое из перечисленных

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

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

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

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

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

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

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

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

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

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

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

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

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

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

- 1) рентгенография по Вангенстину
- 2) контрастное исследование кишки через свищ

- 3) исследование свища зондом *
- 4) электромиография промежности
- 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) по установлении диагноза *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) колита

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

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

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

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

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

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 2.5. 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

Обучающийся должен знать: эмбриогенез, виды, классификацию аноректальных пороков

развития

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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
- Парaproктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

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

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

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

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

1) 3 часа после рождения

2) 6 часов после рождения

3) 16 часов после рождения *

4) 24 часа после рождения

5) 32 часа после рождения

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

1) ректовестибулярный свищ *

2) ректовагинальный свищ

3) ректоуретральный свищ

4) 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 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

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

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

2. Практическая работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

В общем анализе крови: 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 дифдиагностика, лечение.

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать один правильный ответ

1. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ

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

2. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

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

3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

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

4. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ

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

5. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Дополнительная:

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

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

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

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

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

- обучить способам диагностики и методам лечения

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

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 работа.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине. Роды 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: pH - 7,37, pO₂ - 70 мм рт.ст., pCO₂ - 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 - ОК- 4, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

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 диффдиагностика, лечение.

2.Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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:

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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 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. 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

- б) врожденные
- 7) травматические
- 8) нетравматические
- 9) все вышеперечисленные *
- 10) наследственные

2. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО

- б) 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

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	З2. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Раздел 1. Пороки развития органов грудной полости у детей. Раздел 2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12 семестр
ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	З2. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Раздел 1. Пороки развития органов грудной полости у детей. Раздел 2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12 семестр

		медицинских организаций.	организаций.			
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	32. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...	У2. Собирать 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 целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Раздел1. Пороки развития органов грудной полости у детей. Раздел2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12семестр
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Раздел1. Пороки развития органов грудной полости у детей. Раздел2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12семестр
		32. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	У2. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	В2. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.		
ПК-10	готовностью к	32. Стандарты и	У2. Разработать	В2. Способностью	Раздел1. Пороки	

	оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	протоколы 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.	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.	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.	развития органов грудной полости у детей. Раздел2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12семестр
ПК-20	готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	33. Понятие и сущность научно-исследовательского эксперимента. Методы анализа результатов эксперимента.	У3. Планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	В3. Навыками планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	Раздел1. Пороки развития органов грудной полости у детей. Раздел2. Пороки развития органов брюшной полости у детей.	12семестр

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<i>ОК- 4 (2)</i>						
Знать	Не знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных	Не в полном объеме знает основы организационно-управленческой деятельности в	Знает основные вопросы профессиональной этики, основы организацион	Знает основы организационно-управленческой деятельности	Собеседование, тестирование, индивидуальн	Собеседование, тестирование

	ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики, допускает существенные ошибки	но-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, допускает ошибки	и в нестандартных ситуациях	ые домашние задания, реферат	
Уметь	Не умеет принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	Частично освоено умение принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	Правильно использует навыки принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
Владеть	Не владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Не полностью владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Способен использовать способность осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
<i>ОПК – 11 (2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-	Общие, но не структурированные знания обязанностей врача при выполнении	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания обязанности	Собеседование, тестирование, индивидуальные	Собеседование, тестирование

	<p>диагностическими мероприятиями; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.</p>	<p>лечебно-диагностическими мероприятиями; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.</p>	<p>обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.</p>	<p>и врача при выполнении и лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.</p>	<p>ые домашние задания, реферат, коллоквиум</p>	
<p>Уметь</p>	<p>Частично освоенное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и осуществляемое умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций</p>	<p>Сформированное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций</p>	<p>Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум</p>	<p>Собеседование, тестирование</p>
<p>Владеть</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое применение</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные</p>	<p>Успешное и систематическое применение</p>	<p>Собеседование, тестирование,</p>	<p>Собеседование, тесты</p>

	методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	на владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными	пробелы применение навыков владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными	навыков владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными	индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	ротование
--	--	---	---	--	--	-----------

ПК – 5 (2)

Знать	Фрагментарные знания 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	Общие, но не структурированные знания 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,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации и болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
-------	--	---	---	---	---	-----------------------------

	функций органов и систем...	нарушений функций органов и систем...	исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...	механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...		
Уметь	Частично освоенное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	Сформированное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование

				вызывающих.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики и в возрастном аспекте	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
<i>ПК-8 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Общие, но не структурированные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Сформированные систематические знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать	В целом успешное, но не систематическое и	В целом успешное, но содержащее отдельные	Сформированное умение разрабатывать	Собеседование, тестирование,	Собеседование, тестирование

	тактику ведения пациентов с различными нозологическим и формами.	осуществляемое умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическим и формами.	пробелы умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	ать тактику ведения пациентов с различным и нозологическими формами.	индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Успешное и систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
ПК-8 (2)						
Знать	Фрагментарные знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	Общие, но не структурированные знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных	Сформированные систематические знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологиче	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование

			состояний.	ских синдромов, заболеваний и неотложных состояний.		
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	В целом успешное, но не систематическое и осуществляемое умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	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 профилактические мероприятия.	Сформированное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
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 применения навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий	Успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами и назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование

			при инфекционной патологии.	профилактических мероприятий при инфекционной патологии.		
<i>ПК – 10 (2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов 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.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов 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.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов 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.	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов 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, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной	Сформированное умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат,	Собеседование, тестирование

	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	острых заболеваний, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	коллоквиум	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения 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	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения 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	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения 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	Успешное и систематическое применение навыков владения 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	Собеседование, тестирование, индивидуальное домашнее задание, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование

Знать	Фрагментарные знания понятия и сущности научно-исследовательского эксперимента. Методов анализа результатов эксперимента.	Общие, но не структурированные знания понятия и сущности научно-исследовательского эксперимента. Методов анализа результатов эксперимента.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятия и сущности научно-исследовательского эксперимента. Методов анализа результатов эксперимента.	Сформированные систематические знания понятия и сущности научно-исследовательского эксперимента. Методов анализа результатов эксперимента.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности и в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	Сформированное умение планировать и осуществлять научно-исследовательский эксперимент. Анализировать результаты научно-исследовательского эксперимента. Узнавать и применять знакомые закономерности в новых ситуациях. Работать в группе при проведении поставленного научно-исследовательского эксперимента.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
Владеть	Фрагментарное применение навыков	В целом успешное, но не систематическое	В целом успешное, но содержащее	Успешное и систематическое	Собеседование, тестир	Собеседование,

	планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	е применение навыков планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	отдельные пробелы применение навыков планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	применение навыков планирования и осуществления научно-исследовательского эксперимента. Навыками представления результатов работы в письменной и устной форме. Навыками публичных выступлений.	ование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	тестирование
--	---	--	--	--	--	--------------

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету (собеседованию), критерии оценки:

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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.

Критерии оценки:

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.

Вопросы для коллоквиумов, собеседования

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

- 1) Особенности клиники и диагностики аппендикулярного перитонита на современном этапе
- 2) Современные способы оперативной коррекции и консервативной терапии аппендикулярного перитонита у детей
- 3) Возрастные особенности острого гематогенного остеомиелита у детей
- 4) Методы снижения хронизации гематогенного остеомиелита в детской практике
- 5) Деструкции легких у детей на современном этапе
- 6) Антенатальная диагностика врожденных обструктивных уропатий
- 7) Современные способы диагностики и лечения врожденных обструктивных уропатий
- 8) Эндоскопическая коррекция ПМР у детей.
- 9) Эндоскопическая коррекция врожденного гидронефроза у детей.
- 10) Иммуногенетические параметры врожденных обструктивных уропатий у русских детей Кировской области
- 11) Иммунные нарушения при ВОУ, гидронефрозе, обструктивном пиелонефрите у детей.
- 12) Новые способы иммунокоррекции в комплексном лечении детей с ВОУ, гидронефрозом, обструктивным пиелонефритом
- 13) Синдром «встряхнутого младенца»: этиология, клиника, особенности диагностики и лечения.
- 14) Синдром «острой мошонки» в детской практике.
- 15) Диагностика и лечение врожденных пороков развития легких у детей.
- 16) Диагностика и лечения пороков развития трахеобронхиального дерева у детей.
- 17) Диагностика и лечение врожденных пороков развития кишечника у детей.
- 18) Болезнь Пайра и мальротации 3 периода у детей.
- 19) Аноректальные аномалии в неонатальной и детской хирургии.
- 20) Диагностика и лечение ЖКТ-кровотечений в детской практике.
- 21) Инновационные методы обследования в детской хирургии.
- 22) Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста.
- 23) Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе.
- 24) Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
- 25) Проблема портальной гипертензии в детской практике
- 26) Атрезия пищевода – своевременная диагностика и современное лечение.
- 27) Лечение врожденной кишечной непроходимости.
- 28) Диагностика аноректальных аномалий у детей.
- 29) Синдромальная патология пороков трахеобронхиального дерева.
- 30) Детская хирургия в призме патологии облитерации влагалищного отростка брюшины.
- 31) Антенатальная диагностика пороков развития мочевой системы.
- 32) Современные методы дифференциальной диагностики различных форм врожденных обструктивных уропатий у детей.
- 33) Диагностика и лечение врожденного гидронефроза на современном этапе.
- 34) «Малая» и амбулаторная хирургия детского возраста.
- 35) Современное лечение местных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.
- 36) Иммунный статус при различных пороках развития у детей и его коррекция.
- 37) Азы диагностики и лечения синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых.

Критерии оценки для коллоквиумов:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки (собеседование):

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.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

1 уровень: компетенции, проверяемые данным оценочным средством - компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

1. Симптомами неосложненной паховой грыжи являются: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) безболезненное невправимое в брюшную полость опухолевидное образование
- б) расширение пахового кольца
- в) положительный "кашлевой толчок"
- г) при диафаноскопии - однородное кистозное образование

2. При дифференциальной диагностике между ущемленной паховой грыжей и остро возникшей кистой семенного канатика показаны: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) диафаноскопия
 - б) бимануальная пальпация внутреннего пахового кольца
 - в) обзорный снимок брюшной полости
 - г) УЗИ
 - д) диагностическая пункция

3. При ущемленной паховой грыже у детей экстренная операция показана: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) во всех случаях
 - б) у девочек во всех случаях
 - в) у мальчиков в случае если консервативно не вправляется
 - г) при давности более 12 часов
- д) если давность не установлена

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

4. При сообщающейся водянке оболочек яичка операция показана в возрасте: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) 1 месяца
 - б) 6 месяцев
 - в) 1 года
 - г) 2-3 лет

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

5. При пупочной грыже показаны: ОК - 4, , ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) ЛФК, массаж, наблюдение до 4-5 лет
 - б) операция в возрасте 1 месяца
 - в) операция в возрасте 1 года
 - г) операция после 5 лет

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

6. При одностороннем крипторхизме показано: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) гормональное лечение до года
 - б) операция в возрасте 1 месяца
 - в) операция в возрасте 2 лет
 - г) операция в возрасте 5 лет

7. Ведущим симптомом врожденного гидронефроза у новорожденных является: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) симптом пальпируемой опухоли б) пиурия
 - в) протеинурия
 - г) почечная недостаточность

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

8. Для подтверждения диагноза врожденного гидронефроза ребенку 7 дней показано следующее обследование: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) УЗИ почек и мочевого пузыря
 - б) внутривенная урография
 - в) цистография
 - г) ангиография

9. Больному с жалобами на недержание мочи необходимо выполнить: ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника
 - б) экскреторную урографию
 - в) регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий
 - г) УЗИ почек
 - д) общий анализ мочи

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

10. Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевого пузыря: ОК - 4, , ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10
- а) гиперрефлекторный адаптированный
 - б) гипорефлекторный адаптированный
 - в) гиперрефлекторный неадаптированный
 - г) гипорефлекторный неадаптированный

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

11. Клиническими признаками перелома кости являются:(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) нарушение функции
- б) патологическая подвижность
- в) флюктуация
- г) локальная боль

д)крепитация

12. Для иммобилизации "свежих" переломов конечностей у детей применяют:(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов
- б) гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава
- в) циркулярную гипсовую повязку
- г) липкопластырное и скелетное вытяжение
- д) торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмен-Громову

13. При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечаются:(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) выбухание большого родничка
- б) экстракраниальная гематома
- в) симптом «очков»
- г) вдавление по типу «целлулоидного мячика»
- д) перелом костей свода черепа по типу трещин

14. При сотрясении головного мозга у детей показано: ОК - 4, , ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) антибактериальная терапия
- б) постельный режим
- в) стационарное лечение
- г) дегидгатационная, седативная, гемостатическая терапия
- д) гипербарическая оксигенация

15. Для закрытой травмы селезенки характерны симптомы ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) Френикус-симптом
- б) сильные опоясывающие боли
- в) укорочение перкуторного звука в левой половине живота
- г) выраженные симптомы раздражения брюшины
- д) симптом Щеткина-Блюмберга

16. Для клиники врожденного вывиха бедра характерны симптомы(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) соскальзывания
- б) ограничения отведения бедер в) асимметрия кожных складок
- г) абсолютное укорочение конечности
- д) положительный симптом Тренделенбурга

17. Методы лечения врожденного вывиха бедра у ребенка 1-го месяца жизни включают: ОК

- 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

а) ЛФК

б) массаж

в) широкое пеленание

г) шины-распорки

д) одномоментное вправление под наркозом

18. Для болезни Пертеса характерны жалобы:(ПК-5, ПК-8)

а) боли в коленном суставе

б) хромота

в) боли в тазобедренном суставе

г) повышение температуры

д) уменьшение объема движений в тазобедренном суставе

19. Тремя основными симптомами острого аппендицита являются(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

а) локальная боль в правой подвздошной области

б) локальная боль в области пупка

в) активная мышечная защита брюшной стенки

г) пассивная мышечная защита брюшной стенки

д) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

20. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами:(ОПК-11, ПК-5, ПК-8)

а) острое внезапное начало

б) гипертермия

в) постоянное беспокойство и плач ребенка

г) частая рвота

д) выделение слизи и крови из прямой кишки

2 уровень: - тестовые задания на соответствие

компетенции, проверяемые данным оценочным средством компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

Укажите правильное соответствие метода обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита. (ПК-8)

А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.

Б. Эндотрахеальный наркоз.*

В. Масочный наркоз.

Г. Перидуральная анестезия.

2 Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:(ОПК -9, ПК-5)

А. Заворот кишок.*

Б. Копростаз.

В. Атония кишечника.

Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля. *

3 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:(ПК-8)

А. Экскреторная урография.

Б. Цистография.

В. Ультразвуковое исследование.

Г. Цистоскопия.

4 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:(ПК-8)

А. Одномоментная репозиция, закрытая.

Б. Скелетное вытяжение.

В. Интрамедуллярный остеосинтез.

Г. Остеосинтез по Илизарову.

5 Укажите правильное соответствие симптомов кровотечению из дивертикула Меккеля:(ПК-8)

А. Боль при дефекации.

Б. Рвотой «кофейной гущей».

В. Выделения крови со слизью из прямой кишки.

Г. Коллаптоидным состоянием.

Д. Повышением температуры тела.

3 уровень – задачи с вариантами ответов:

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

Выберите один правильный ответ

2. 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 (ок - 4, опк-11, пк-5, пк-8, пк-10)

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 (ок - 4, опк-11, пк-5, пк-8, пк-10)

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 bronхи. Наиболее вероятный диагноз (ок - 4, опк-11, пк-5, пк-8, пк-10)

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

(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

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
(ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

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

Критерии оценки:

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.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача №1

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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

6. *Вероятный диагноз?*
7. *Методы дополнительного обследования?*
8. *Дифференциальный диагноз?*
9. *Классификация?*
10. *Показанное лечение?*
11. *Исходы?*
12. *Прогноз?*

Задача №2

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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

6. *Поставить диагноз.*
7. *Этиопатогенез заболевания?*
8. *Дифференциальный диагноз?*
9. *Методы обследования?*
10. *Классификация?*
11. *Показанное лечение?*
12. *Прогноз?*

Задача №3

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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

6. *Поставить диагноз?*
7. *Дифференциальный диагноз?*
8. *Классификация?*
9. *Методы обследования?*
10. *Показанное лечение?*
11. *Возможные осложнения?*
12. *Прогноз?*

Задача №4

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

У ребёнка трех лет с рождения отмечаются периодические приступы одышки, приступообразного кашля, цианоз. Объективно – гипотрофичен, несколько отстаёт в физическом развитии. Правая половина грудной клетки "выбухает". Слева дыхание пуэрильное, хрипов нет. Справа, в верхних отделах, дыхание не проводится, в нижних несколько ослаблено. На обзорных рентгенограммах грудной клетки – средостение смещено влево, определяется «медиастинальная грыжа». Слева структура лёгкого не изменена. Справа – резкое повышение прозрачности лёгочной ткани в проекции верхней доли. При радиоизотопном исследовании лёгких – резкое обеднение кровотока в верхней зоне правого легкого.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Этиология и патогенез заболевания?*
4. *Методы обследования?*
5. *Методы лечения?*
6. *Возможные осложнения и прогноз?*
7. *Диспансеризация?*

Задача №5

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

У Вас на участке наблюдается мальчик 12-ти лет, у которого после перенесенной в возрасте 2-х лет бактериальной деструкции лёгкого справа отмечается постоянный кашель с гнойной мокротой, 2—3 раза в год бывают обострения пневмонии, 2-3 раза в год болеет острыми респираторными заболеваниями.

Неоднократно лечился в санаториях и стационарах соматического профиля. Констатируется отставание в физическом развитии. В психическом развитии от сверстников не отстаёт, отмечается бледность, повышенная утомляемость. В нижних отделах правого легкого выслушиваются постоянные влажные разнокалиберные хрипы. На обзорной рентгенограмме в проекции нижней доли имеется участок пневмосклероза.

Контрольные вопросы

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

Критерии оценки

«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.

3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

1) Сбор хирургического анамнеза

2) Проведение обследования

- ⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
- ⇒ при пороках развития шеи и грудной клетки
- ⇒ при пороках развития пищевода
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при диафрагмальной грыже
- ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
- ⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
- ⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
- ⇒ при пороках развития прямой и толстой кишки

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 пневмотораксе, пиопневмотораксе
 - ⇒ при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого
 - ⇒ при диафрагмальной грыже
 - ⇒ при бронхоэктатической болезни
 - ⇒ при атрезии пищевода
 - ⇒ при ателектазе легкого
 - ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
 - ⇒ при аноректальных пороках развития

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

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 в критическом состоянии

7) Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Критерии оценки:

«**зачтено**» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«**не зачтено**» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

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.

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется студенту, если была проведена добросовестная курация больного, участие в перевязках и операции, ИБ подробно и правильно излагает все необходимые разделы, верно сформулирован клинический диагноз, правильно определены показанные методы диагностики и лечения, использовались современные литературные данные.

- оценка «хорошо» выставляется студенту, если была проведена добросовестная курация больного, участие в перевязках и операции, ИБ правильно излагает все необходимые разделы, верно сформулирован клинический диагноз, правильно определены показанные методы диагностики и лечения.

- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если была проведена курация больного, но студент не всегда участвовал в перевязках, ИБ в целом правильно излагает все необходимые разделы, с погрешностями сформулирован клинический диагноз, определены не все показанные методы диагностики и лечения.

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, выставляется студенту, если не была проведена курация больного, ИБ не правильно излагает необходимые разделы, неверно сформулирован клинический диагноз, не определены показанные методы диагностики и лечения, ИБ не включает каких-то разделов или не сдана в срок вовсе или не защищена.

3.6. Примерные задания для написания (и защиты) рефератов, критерии оценки

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-20

- 1) Наиболее часто встречающиеся пороки развития шеи

- 2) Наиболее часто встречающиеся пороки развития грудной клетки
- 3) Наиболее часто встречающиеся пороки развития легких
- 4) Принципы оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки
- 5) Принципы оперативного лечения кист и свищей шеи
- 6) Принципы оперативного лечения врожденной лобарной эмфиземы
- 7) Наиболее часто встречающиеся пороки развития пищевода
- 8) Классификация врожденных диафрагмальных грыж у детей
- 9) Особенности клиники и диагностики атрезии пищевода
- 10) Особенности клиники и диагностики диафрагмальных грыж
- 11) Принципы оперативного лечения атрезии пищевода
- 12) Принципы оперативного лечения диафрагмальных грыж у детей
- 13) Пороки мальротации у детей
- 14) Особенности клиники и диагностики ВКН
- 15) Лечение омфалацеле и гастрошизиса у новорожденных
- 16) Этиология болезни Гиршпрунга и болезни Пайра
- 17) Диагностика мальротаций 3 периода
- 18) Современное лечение болезни Гиршпрунга
- 19) Диагностика аноректальных аномалий
- 20) Современное лечение аноректальных аномалий
- 21) Виды пороков развития желчевыводящих путей
- 22) Диагностика и лечение кист селезенки
- 23) Диагностика и лечение кист поджелудочной железы

Критерии оценки:

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.

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

4.1 Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не 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

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование проводится 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 на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

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

4.2 Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования. **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.

4.3 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, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета).

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме зачёта определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные.

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

4.4. 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.

4.5. 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.

4.6 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.