Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 23.03.2026 10:31:22
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Детская хирургия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра детской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

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

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

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

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой детской хирургии 12.05.2021 г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой М.П. Разин

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

Председатель совета факультета Е.С. Прокопьев

Центральным методическим советом 20.05.2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчик:

Доцент кафедры детской хирургии Н.К. Сухих

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 5
1.4. Объекты профессиональной деятельности 5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 6
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 13
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 13
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 13
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 16
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 16
3.4. Тематический план лекций 17
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 21
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 31
3.7. Лабораторный практикум 31
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 32
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 32
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 32
4.1.1. Основная литература 32
4.1.2. Дополнительная литература 32
4.2. Нормативная база 33
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 33
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 36
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 37
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 37
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 39
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 42
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 42
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 43

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) «детская хирургия» состоит в овладении знаниями по основным диагностическим программам, а также принципами тактики, лечения и профилактики хирургических болезней детского возраста.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) - реализовать подготовку выпускника к видам деятельности: диагностической, лечебной, профилактической.

диагностическая деятельность:

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья;
- диагностика заболеваний и патологических состояний у детей;
- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- 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 при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций, диспансерного наблюдения 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;

Задачи по дисциплине

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

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

4. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;

5. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;

6. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина **«Детская хирургия»** относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули), части, формируемой участниками образовательных отношений.

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

Является предшествующей для изучения дисциплин: Госпитальная педиатрия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

-физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);

- физические лица – родители (законные представители) детей;

- население;

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

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

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

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности: диагностический, лечебный, профилактический.

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

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

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	***ПК-1*** Способен обследовать детей с целью установления диагноза	ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие ребенка.	Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений	Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, 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.	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11

			функций органов и систем.					
		ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
		ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями) у детей, устанавливает	Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов,	Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем до-	Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания,	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семест

		окончательный диагноз на основе МКБ.	синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	полнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни		р № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
		ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям.	Стандарты и 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.	Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	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, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
	ПК-2 Способен	ИД ПК 2.2. Подбирает ре-	Современные	Разрабатывать тактику	Методикой и тех-	Собеседование,	Собеседование,	Раздел № 1,2,3

	назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность	бенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	ведения пациентов с различными нозологическими формами.	никой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	тестирование, прием практических навыков	Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
		ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоко-	Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов,	Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведе-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11

		лами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	заболеваний и неотложных состояний.		ния профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	истории болезни		
		ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей.	Основные лечебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	Назначать больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом. Анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения детей и подростков; применять основные группы лекарственных средств по нозологии, с учетом их фармакокинетики, фармакодинамики, показаний, противопоказаний и побочных эффектов у	Методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побоч-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11

				детей и подростков; оценивать возможные проявления при передозировке лекарственных средств и способы их устранения у детей и подростков.	ных эффектов и противопоказаний.			
		ИД ПК 2.5. Оказывает медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	Стандарты и 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.	Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	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, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
	ПК-4 Способен проводить профилактические мероприятия, санитарно-просветительную работу	ИД ПК 4.1. Проводит осмотры детей в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров с	Принципы и методы проведения санитарно-просветительной работы, основы профилактической медицины,	Проводить санитарно-просветительную работу среди различных групп населения, проводить профилак-	Методиками проведения санпросветработы по общим и специальным вопросам, методикой	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания,	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семест

	среди детей и их родителей	учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами, устанавливает группу здоровья ребенка.	направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного.	тические осмотры, мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропагандировать здоровый образ жизни.	проведения профилактических осмотров, мероприятий по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды и формированию навыков здорового образа жизни.	реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни		р № 10 Раздел № 8 Семестр № 11
		ИД ПК 4.5. Назначает и контролирует профилактические, лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом группы здоровья ребенка, диагноза, факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	Современные методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще- оздоровительных мероприятий.	Оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприя-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков	Раздел № 1,2,3 Семестр № 8 Раздел № 4,5 Семестр № 9 Раздел № 6,7 Семестр № 10 Раздел № 8 Семестр № 11

		медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.			тий.			

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 12 зачетных единиц, 432 час.

Вид учебной работы			Всего часов	Семестры			
				№	№	№	№
1			2	8	9	10	11
Контактная работа (всего)							
в том числе:			264	60	72	60	72
Лекции (Л)			56	20	12	12	12
Практические занятия (ПЗ)			208	40	60	48	60
Семинары (С)							
Лабораторные занятия (ЛР)							
Самостоятельная работа (всего)							
В том числе:			132	30	36	30	36
- История болезни			22	5	6	5	6
- Подготовка к занятиям (ПЗ)			72	18	18	18	18
- Подготовка к текущему контролю (ПТК)			20	5	5	5	5
- Реферат			10	-	5	-	5
- Подготовка к промежуточному контролю (ППК)			8	2	2	2	2
Вид промежуточной аттестации	зачет		+		+		
	экзамен	контактная работа (ПА)	3				3
		самостоятельная работа	33				33
Общая трудоемкость (часы)			432	90	108	90	144
Зачетные единицы			12	2.5	3	2.5	4

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Общие вопросы детской хирургии	1) Организация хирургической помощи детям. Семиотика хирургических заболеваний у детей 2) Современные методы исследования в детской хирургии
2.	ПК-1	Гнойная инфекция у	1) Гематогенный остеомиелит

	ПК-2 ПК-4	детей	2) Гнойная инфекция у новорожденных 3) Бактериальные деструкции легких
3.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Острые и неотложные заболевания органов брюшной полости у детей	1) Острый аппендицит 2) Осложнения острого аппендицита 3) Приобретенная кишечная непроходимость 4) ЖКТ-кровотечения 5) Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Тестовый контроль.
4.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Пороки развития и заболевания органов грудной и брюшной полости у детей	1) Врожденные пороки развития пищевода 2) Приобретенная патология пищевода 3) Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз 4) Пороки развития и заболевания толстой кишки 5) Продолжение 6) Пороки развития легких. Пороки развития грудной клетки 7) Пороки развития трахеобронхиального дерева. Бронхоэктатическая болезнь 8) Диафрагмальные грыжи 9) Операционный день. Тестовый контроль. Отработка практических навыков на симуляторах.
5.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Травматология и ортопедия детского возраста	1) Особенности повреждений опорно-двигательного аппарата у детей 2) Повреждения верхних конечностей и плечевого пояса 3) Повреждения нижних конечностей, таза и позвоночника 4) Врожденный вывих бедра 5) Косолапость, кривошея, остеохондропатии 6) Операционный день. Тестовый контроль. Отработка практических навыков на симуляторах.
6.	ПК-1	Детская урология-андрология	1) Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней

	ПК-2 ПК-4		брюшной стенки 2) Крипторхизм. Варикоцеле 3) Семиотика урологических заболеваний у детей. Методы обследования в детской урологии 4) Эмбриогенез мочевой системы. Классификация пороков мочевой. Пороки почек. 5) Гидронефроз. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 6) Аномалии урахуса, мочевого пузыря и уретры. Инфравезикальная обструкция. Недержание мочи 7) Воспалительные заболевания мочевой системы. Мочекаменная болезнь 8) Операционный день. Тест. Отработка практических навыков на симуляторах. Защита ИБ
7.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Детская онкология	1) Опухоли и кисты брюшной полости и забрюшинного пространства 2) Сосудистые опухоли и мальформации 3) Злокачественные лимфомы, опухоли костей, герминогенные опухоли 4) Опухоли средостения. Тест. Отработка практических навыков на симуляторах.
8.	ПК-1 ПК-2 ПК-4	Амбулаторно-поликлиническая хирургия детского возраста	1). Выявление хирургической патологии у детей. Профосмотры 2) Организация работы хирургического кабинета детской поликлиники. Важнейшие врачебные манипуляции 3) Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей 4) Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования мягких тканей 5) Повреждения мягких тканей. Расстройства опорно-двигательного аппарата. 6) Пороки развития ЦНС. 7) Сроки оперативного лечения и диспансеризация больных детей с хирургическими заболеваниями. Выявление хирургической патологии у детей. Профосмотры. 8) Черепно-мозговая травма у детей.

			9) Травма органов брюшной полости. 10) Травма органов грудной клетки 11) Травма органов мочевой. Синдром «острой мошонки» 12) Термическая травма у детей. 13) Отработка практических навыков на симуляторах. Сдача практических навыков на больных 14) Зачетное занятие, итоговое тестирование

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

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Госпитальная педиатрия		+		+		+	+	

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)			Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2			3	4	5	6	7	8
1	Общие вопросы детской хирургии			6	8			5	19
2	Гнойная инфекция у детей			8	12			10	30
3	Острые и неотложные заболевания органов брюшной полости у детей			4	20			15	39
4	Пороки развития и заболевания органов грудной и брюшной полости у детей			2	34			20	56
5	Травматология и ортопедия детского возраста			14	24	2	1	16	54
	Зачетное занятие				2				2
6	Детская урология-андрология			10	32			20	62
7	Детская онкология			2	16			10	28
8	Амбулаторно-поликлиническая хирургия детского возраста			10	60			36	106
	Вид промежуточной аттестации:	зачет							+
		Экзамен	Контактная работа (ПА)					3	3
			самостоятельная работа					33	33
	Итого:			56	208			168	432

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				№8	№9	№10	№1

				сем.	сем.	сем	1 сем
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Особенности хирургии детского возраста. Деонтология в детской хирургии. История развития детской хирургии	Рассматриваются анатомо - физиологические особенности детского возраста. Наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания у детей (пороки развития, заболевания, связанные с морфологической и функциональной незрелостью), гнойно-септические заболевания, травматические повреждения. Указывается частота пороков развития. Отражена организация хирургической помощи, реанимационной службы, диспансерного наблюдения детей с хирургическими заболеваниями и пороками. Отражена роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития у детей.	2			
2	1	Клиническая генетика в детской хирургии	Роль клинической генетики в современной медицине, значимость для детской хирургии. Основные механизмы генных “поломок”, их роль в формировании синдромальной па-тологии у детей. Определение целей и задачей синдромологии.	1			
3	1	Синдромы в хирургии новорожденных и ортопедии	Освещение основных синдромов в хирургии новорожденных, особенностей клиники, диагностики, лечения	1			
4	1	Состояние и коррекция иммунного статуса в детской хирургической клинике	Рассматриваются вопросы общей иммунологии - клеточный, гуморальный иммунитет, неспецифическая резистентность организма ребенка. Различные виды иммунологических сдвигов и методов их коррекции при различных видах хирургических заболеваний и пороков развития, наиболее часто встречающихся в детском возрасте.			2	
5	2	Особенности хирургической инфекции у детей	Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей: склонность к генерализации, сниженная способность к образованию антител и др. Хирургический сепсис. Острый гематогенный остеомиелит. Классификация, клиника.	2			
6	2	Гематогенный остеомиелит	Различные формы острого и хронического гематогенного остеомиелита. Принципы диагностики. Принципы лечения хирургической инфекции, хирургического сепсиса, острого гематогенного остеомиелита, гнойных заболеваний мягких тканей (некротическая флегмона	2			

			новорожденных)				
7	2	Бактериальные деструкции легких у детей	Этиология, патогенез, классификация бактериальных деструкций легких. Клиника, рентгенодиагностика, лечение (хирургическое и консервативное), прогноз.	2			
8	2	Антибактериальная терапия в детской хирургии	Классификация. Гнойная инфекция у детей. Антибиотики, применяемые для лечения гнойных хирургических заболеваний. Наиболее распространенные схемы применения антибиотиков	2			
9	3	Острые процессы брюшной полости у детей	Понятие об их причинах (гнойно-воспалительные, кишечная непроходимость). Симптоматика острых процессов в брюшной полости, приемы для ее выявления. Методика обследования детей при подозрении на острые процессы брюшной полости: анамнез, оценка состояния, осмотр, пальпация, ректальное обследование, электромиография, лапароскопия. Тактика врача-педиатра при подозрении на острые процессы брюшной полости (участок, поликлиника, стационар).	2			
10	3	Кровотечения из пищеварительного тракта. Синдром портальной гипертензии.	Причины кровотечений из желудочно-кишечного тракта у новорожденных, детей младшей и старшей возрастной группы. Клиника, диагностика, дифференцированный подход к лечению (в т.ч. хирургическому)	2			
11	5	Мальротация кишечника и врожденная непроходимость ЖКТ	Эмбриогенез кишечника, причины формирования атрезий и мальротаций. Клиника, диагностика, лечение эмбриональной грыжи, гастрошизиса, врожденной кишечной непроходимости, пилоростеноза.	4			
12	8	Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей	Классификация, этиологические факторы, особенности патогенеза, клиники, диагностики различных форм, принципы оперативного лечения желудочно-пищеводного рефлюкса				1
13	8	Хронические запоры у детей	Мегадолихоколон. Болезнь Пайра. Клиника и диагностика, рентгенодиагностика. Особенности ухода, показания к оперативному лечению. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, клиника, врачебная и хирургическая тактика.				1
14	4	Пороки развития легких у детей	Виды пороков, частота, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Бронхоэктатическая болезнь: этиопатогенез, клиника и диагностика. Показания к операции, подготовка. Виды оперативных вмешательств. Отдаленные результаты лечения.				2

15	8	Синдром боли в животе	Этиологические факторы, особенности клиники и дифференциальной диагностики, лечения в зависимости от нозологических форм.				2
16	8	Синдром пальпируемой опухоли в животе	Нозологический спектр, проявляющийся синдромом пальпируемой опухоли в животе. Особенности клиники, диагностики, лечения различных форм.				2
17	8	Перспективы развития эндоскопической хирургии у детей	Возможности, преимущества, недостатки эндоскопической хирургии в диагностике и лечении заболеваний и патологических состояний органов грудной, брюшной полости.				2
18	5	Особенности травматологии детского возраста	Определение травматизма и детского травматизма. Деонтологические, клинические, диагностические и лечебные аспекты особенностей детской травматологии и детских травм. Специфические “детские” повреждения.		2		
19	5	Термические поражения у детей	Ожоги. Термические, химические, электрические. Классификация по степеням, измерение площади ожоговой поверхности у детей. Фазы ожоговой болезни. Основные принципы лечения ожоговой болезни. Отморожения. Классификация. Принципы лечения.		2		
20	5	Черепно-мозговая травма у детей	Биомеханизм, причины ЧМТ, классификация, шкала комы (Глазго), особенности клиники, диагностики, лечения у детей (включая оперативное).		2		
21	5	Повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей	Классификация повреждений органов брюшной полости. Клиника, диагностика повреждений полых органов. Современные методы исследований: лапароцентез, лапароскопия, радиоизотопный, ультразвуковой методы. Закрытые повреждения почек. Классификация, клиника. Показания к консервативному и оперативному лечению.		2		
22	5	Особенности детской ортопедии. Дистрофические и диспластические заболевания костей у детей	Особенности сбора анамнеза у травматологически больного ребенка. Физикальное обследование, рентгенодиагностика, ультразвуковая диагностика, функциональные пробы, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс и др. методы обследования. Особенности патогенеза различных форм. Болезни Шойермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера. Клиника,		2		

			диагностика, лечение.				
23	8	Врожденная патология тазобедренных суставов	Предрасполагающие факторы, роль дисплазии тазобедренного сустава. Клиника, методы диагностики. Сроки и методы консервативного лечения и оперативной коррекции.		2		
24	6	Методы обследования урологических больных.	Методы обследования урологических больных и их характеристики: клинические, лабораторные, биохимические, рентгенологические, инструментальные, ультразвуковой, радиоизотопный, методы исследования уродинамики.			2	
25	6	Нормальный урогенез и его нарушения у детей. Пороки почек.	Нармальный урогенез и его нарушения. Клиссификация пороков мочевой системы. Пороки почек. Принципы диагностики, лечения, диспансеризации.			2	
26	6	Пороки развития мочевыделительной системы. Крипторхизм.	Врожденный гидронефроз. Причина возникновения, клинические проявления, диагностика, хирургическое лечение. Органосохраняющие операции как метод выбора. Реабилитация и диспансерное наблюдение. Аномалии мочеточников, мочевого пузыря, нарушения положения яичка (клиника, диагностика, лечение). Аномалии мочеточников. ПМР - клиника, диагностика, лечение. Мегауретер. Способы оперативного лечения. Диспансерное наблюдение детей в послеоперационном периоде.			2	
27	6	Основы хирургической андрологии детского возраста	Вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики, дифдиагностики, лечения нарушений облитерации влагалищного отростка брюшины (паховые грыжи, киста семенного канатика, водянка оболочек яичка), варикоцеле, синдрома «острой мошонки»			2	
28	6	Недержание мочи у детей.	Этажи регуляции мочеиспускания. Причины, особенности клиники, диагностики различных форм энуреза. Особенности дифференцированных подходов к лечению.			2	
29	7	Особенности онкологии детского возраста. Вопросы деонтологии.	Организация онкологической помощи детям. Особенности онкологии детского возраста. Доброкачественные и злокачественные опухоли у детей. Клиника, диагностика, принципы лечения. Деонтология в детской хирургии и онкологии. Роль врача-педиатра в раннем выявлении онкологических заболеваний у детей.				1
30	7	Ангиодисплазии у детей	Этиология, классификация сосудистых опухолей, особенности клиники, диагностики и диф.диагно-				1

			стики. Методы лечения				
Итого:				20	12	12	12

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				№8 сем.	№9 сем.	№10 сем.	№11 сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Организация хирургической помощи детям. Семиотика хирургических заболеваний у детей	Знакомство с хирургической клиникой. Принципы организации работы специализированного детского хирургического стационара. Плановая и неотложная хирургия. Хирургическая помощь детям в поликлинике. Роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития, “хирургическая настороженность”. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
2	1	Современные методы исследования в детской хирургии.	Разобрать со студентами методику радиоизотопной диагностики у детей, спленопортографию, экскреторную урографию, ультразвуковую диагностику, эндоскопию и лапароскопию, применение лазеров, магнитов в детской хирургии, микрохирургию. Симптомы при заболеваниях различных органов и систем. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, чтение рентгенограмм.	3 1			
3	2	Гематогенный остеомиелит	Этиопатогенез острого гематогенного остеомиелита, классификация, клиника, диагностика, лечение, исходы. Хронический остеомиелит, атипичные формы, лечение. Диспансеризация. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
4	2	Гнойная инфекция у новорождённых	Особенности иммунной системы у детей. Гнойные заболевания периода новорожденности (эпифизарный остеомиелит, омфалит, пупочный сеп-	3			

			сис, некротическая флегмона, некторический энтероколит): этиология, патогенез, классификация, диагностика и дифдиагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	1			
5	2	Бактериальные деструкции лёгких	Этиопатогенез, классификация, клиника и диагностика различных форм, интенсивная терапия и оперативное лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, чтение рентгенограмм.	3 1			
6	3	Острый аппендицит	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, диф.диагностика, лечение, особенности у детей раннего возраста. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, ассистенции на операциях.	3 1			
7	3	Осложнения острого аппендицита	Аппендикулярный перитонит, инфильтрат, абсцессы (таза, межпетельные, поддиафрагмальные). Послеоперационная кишечная непроходимость (паралитическая, спаечная), эвентрация кишечника, кишечные свищи. Построение интенсивной терапии, оперативное лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
8	3	Приобретённая кишечная непроходимость	Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение спаечной, динамической кишечной непроходимости, инвагинации. Просмотр учебного видеофильма, Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
9	3	ЖКТ-кровотечения	Этиология, клиника, диаг-ностика, первая помощь, лече-ние кровотечений из пище-вода, желудка, 12-перстной кишки, кишечника.	3			

			Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, изучение лабораторных данных	1			
10	3	Операционный день. Тестовый контроль. Отработка практических навыков на симуляторах.	Практическая подготовка: ассистенции на операциях, отработка практических навыков на симуляторах. Проведение тестового контроля на бумажном носителе	3 1			
11	4	Врожденные пороки развития пищевода	Клиника, диагностика, лечение атрезии пищевода, врожденного короткого пищевода, халазии, ахалазии пищевода. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
12	4	Приобретенная патология пищевода	Клиника, диагностика, лечение желудочно-пищеводного рефлюкса, портальной гипертензии, химических ожогов, рубцовых сужений пищевода Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
13	4	Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз	Эмбриогенез желудочно-кишечного тракта. Этиопатогенез, классификация, дигностика, лечение высокой и низкой непроходимости, врожденного гипертрофического пилоростеноза. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
14	4	Пороки развития и заболевания толстой кишки	Этиология. патогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности комплексного лечения аноректальных пороков, долихосигмы, парапроктита. Курация больных. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности комплексного лечения болезни Гирш-прунга, выпадения слизистой, полипа, трещины прямой кишки. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навы-		5 1		

			ков				
15	4	Пороки развития легких. Пороки развития грудной клетки	Агенезия, аплазия легких, врожденная лобарная эмфизема, кисты, легочная секвестрация, артериовенозные шунты, воронкообразная, килевидная деформации грудной клетки, деформации ребер Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
16	4	Пороки развития трахеобронхиального дерева. Бронхоэктатическая болезнь	Этиология, классификация, клиника, лечение бронхоэкта-тической болезни. Бронхоскопия и бронхография, классификация эндобронхитов. Трахеомаляция, стеноз трахеи и бронхов, инородные тела Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
17	4	Диафрагмальные грыжи	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение различных форм данной врожденной патологии Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
18	4	Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Тест	Практическая подготовка: ассистенции на операциях, отработка практических навыков на симуляторах. Собеседование по ситуационным задачам, проведение тестового контроля на бумажном носителе.		3 1		
19	5	Особенности повреждений опорно-двигательного аппарата у детей	Поднадкостничные переломы, переломы по типу “зеленой веточки”, эпифизиолизы, апофизиолизы, переломовывихи. Особенности консолидации и лечения различных повреждений у детей. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		

20	5	Повреждения верхних конечностей и плечевого пояса	Виды переломов верхней конечности, ключицы, лопатки и сочетанных повреждений, сроки и методы консервативного и оперативного лечения Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
21	5	Повреждения нижних конечностей, таза и позвоночника	Клиника, диагностика, лечение переломов таза, бедра, голени, переломов, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующий сколиоз Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
22	5	Врожденный вывих бедра	Понятие дисплазии тазобедренного сустава. Этиология, классификация. Особенности клиники и диагностики патологии в зависимости от возраста ребенка. Современные методы лечения. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
23	5	Косолапость, кривошея, остеохондропатии	Диагностика и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной коррекции. Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шлаттера. Подготовка и тестирование Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
24	5	Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах.	Практическая подготовка: ассистенции на операциях, отработка практических навыков на симуляторах.		4		
		Зачетное занятие	Проведение тестового контроля на бумажном носителе. Собеседование по ситуационным задачам		2		

25	6	Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки	Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
26	6	Крипторхизм. Варикоцеле у детей	Разобрать аномалии развития и опускания яичка, клиника, диагностика, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
27	6	Семиотика урологических заболеваний у детей. Методы обследования в детской урологии	Семиотика и ведущие синдромы в детской урологии. Методы диагностики (лабораторные, бактериологические, УЗИ, урография, КТ, пиелография, МРТ, цистоскопия, цистография, уродинамические и радиоизотопные методы) Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков			3 1	
28	6	Эмбриогенез мочевой системы. Классификация пороков мочевой. Пороки почек.	Нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
29	6	Гидронефроз. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.	Этиология, клиника, диагностика, дифдиагностика аномалий врожденного гидронефроза и ПМР. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями бо-			3 1	

			лезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.				
30	6	Аномалии урахуса, мочевого пузыря и уретры. Инфравезикальная обструкция. Недержание мочи	Аномалии мочевого протока, мочевого пузыря, уретры: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм. Этажи регуляции мочеиспускания. Причины энуреза. Клиника, диагностика и лечение различных форм. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
31	6	Воспалительные заболевания мочевой системы. Мочекаменная болезнь	Обструктивный пиелонефрит. Гнойная почка. Цистит. Баланопостит. Гангрена мошонки. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
32	6	Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Защита ИБ. Тестовый контроль	Курация больных, заполнение медицинской документации, тестирование, отработка практических навыков на симуляторах, присутствие на операциях. Сдача истории болезни Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков.			3 1	
33	7	Опухоли и кисты брюшной полости и забрюшинного пространства	Клиника, диагностика, лечение опухолей и кист печени, пожелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков.			3 1	
34	7	Сосудистые опухоли и мальформации	Ангиодисплазии, пороки развития вен, синдром Паркса-Вебера, гемангиомы, лимфан-гиомы. Особенности клиники, диагностики, методов лечения различных форм. Курация, ассистенции. Практическая подготовка: курация			3	

			больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			1	
35	7	Злокачественные лимфомы, опухоли костей, герминогенные опухоли	Этиология, классификация, диагностика, способы показанного лечения различных форм патологии. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
36	7	Опухоли средостения. Тест. Отработка практических навыков на симуляторах.	Этиология, виды, клиника, диагностика и лечение опухолей средостения. Тестирование на бумажном носителе, отработка практических навыков на симуляторах. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, защита учебной истории болезни.			3 1	
37	8	Выявление хирургической патологии у детей. Профосмотры	Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
38	8	Организация работы хирургического кабинета детской поликлиники. Важнейшие врачебные манипуляции	Организация амбулаторной хирургической помощи детям. Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептика и антисептика. Разъединение и соединение тканей, пункции, блокады. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
39	8	Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей	Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями бо-				3

			лезней, отработка практических навыков				1
40	8	Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования мягких тканей	Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
41	8	Повреждения мягких тканей. Расстройства опорно-двигательного аппарата.	Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
42	8	Черепно-мозговая травма у детей	Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка» Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
43	8	Травма органов брюшной полости	Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
44	8	Травма органов грудной клетки	Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки				3

			Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				1
45	8	Травма органов мочевой системы. Синдром «острой мошонки».	Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки». Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				5 1
46	8	Термическая травма у детей	Виды, определение площади и глубины, клиника и диагностика ожогов мягких тканей, ожоговой болезни, отморожений, электротравмы. Способы лечения. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
47	8	Сроки оперативного лечения и диспансеризация больных детей с хирургическими заболеваниями	Обоснование оптимальных сроков оперативной коррекции хирургической патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				5 1
48	8	Пороки развития ЦНС	Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спино-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
49	8	Отработка прак-	Практическая подготовка: отработка				4

		тических навыков на симуляторах. Сдача практических навыков на больных	практических навыков на симуляторах. Студенты показывают свои практические умения и сдают практические навыки на больных на базе 1 и 2 хирургических отделений ДОКБ.				
50	8	Тестовый контроль.	Студенты тестируются на бумажном носителе с разбором ошибок, знакомятся с типовым наглядным материалом к междисциплинарному экзамену-				4
Итого:				40	60	48	60

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	8	Общие вопросы детской хирургии	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	5
2		Гнойная инфекция у детей	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	15
3		Острые и неотложные заболевания органов брюшной полости у детей	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	10
Итого часов в семестре:				30
4	9	Пороки развития и заболевания органов грудной и брюшной полости у детей	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	18
5		Травматология и ортопедия детского возраста	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	18
Итого часов в семестре:				36
6	10	Детская урология-андрология	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	20
		Детская онкология	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю.	10
Итого часов в семестре:				30
7	11	Амбулаторно-поликлиническая хирургия детского возраста	Написание истории болезни, рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю.	36
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				132

3.7. Лабораторный практикум

- не предусмотрен учебным планом

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

Курсовой проект и контрольная работа не предусмотрены учебным планом.

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

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

4.1.1. Основная литература

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

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф	М.П.Разин, И.В.Шешунов,	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ

	УМО)	С.В.Игнатьев, Н.К. Сухих			
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

4.2. Нормативная база

не имеется

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

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

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

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

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

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

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

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

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

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

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

1) Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Университета.
   Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа»
   Адрес сайта: www.biblioclub.ru.

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

Доступом обеспечены все обучающиеся Университета через сеть интернет.

3) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ»
   Адрес сайта: www.studmedlib.ru.

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

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

4) ЭБС Кировского ГМУ
   Адрес сайта: www.elib@kirovgma.ru.

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

5) Справочно-поисковая система «Консультант Плюс» - ООО «КонсультантКиров»
   Доступ осуществляется в локальной сети библиотеки.
6) Доступ к лицензионным материалам (электронные версии книг и журналов, базы данных и др. информационные ресурсы) Научной Электронной библиотеки ELIBRARY.RU
   Адрес сайта: http://elibrary.ru
7) База данных «Консультант врача» - база данных электронной информационной образо-

вательной системы от ведущего российского медицинского издательств «ГЭОТАР-Медиа»

- для системы последипломного образования: интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации (на CD-дисках, 124 экз.).

8) Архив Nature

Адрес: http://www.nature.com/nature/archive/index.html)

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

9) Архив журналов издательства Кембриджского университета

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

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

10) Архив журналов Annual Reviews

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

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

11) Архив журналов издательства Sage Publicatons

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

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

12) Архив журналов издательства IOP

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

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

13) Журнал The New England Journal of Medicine

Адрес: http://www.nejm.org

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

Интернет-ресурсы открытого доступа:

- Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
- Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
- Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
- Документационный центр Всемирной организации здравоохранения(http://whodc.mednet.ru)
- Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

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

Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

1) ролевая игра «Острое хирургическое заболевание брюшной полости»

2) деловая игра «Консилиум по исключению хирургической патологии средостения»

3) дискуссия «Источник ЖКТ-кровотечения у ребенка 2 лет»

4) компьютерная симуляция «Доступ к задней черепной ямке»

Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

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

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

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

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

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
- *учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа*	*конференцзал ОДКБ г. Киров, ул.Менделеева, 16, (1 корпус)*	Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий и

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

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

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

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

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

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

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения: 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, иммунокоррегирующую.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков

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

Лекции:

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

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

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 учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

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

Самостоятельная работа:

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

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине

«Детская хирургия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, 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 Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме собеседования, тестирования, индивидуальных домашних заданий, реферата, приема практических навыков, защиты истории болезни.

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

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

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

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

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

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

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

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

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

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

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

№ п/п	*Виды занятий/работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю - выполнение тематических рефератов
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы, написание историй болезни	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися

дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

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

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

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

8.1. Выбор методов обучения

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

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

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

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

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

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

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

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

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

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При

необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

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

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

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

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

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

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

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

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;
- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной

информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«Детская хирургия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (ФГОС 3++)

Направленность (профиль) – Педиатрия

Форма обучения - очная

Кафедра Детской хирургии

Автор (ы) Н.К.Сухих

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** изменить и читать в следующей редакции:

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста: Учебное пособие для студентов, издание третье, переработанное и дополненное	А.В. Гулин, М.П. Разин, А.В. Смирнов	2016. Киров: ООО «Кировская областная типография»	40	-
3	Реанимация новорожденных: Учебное пособие	А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш	2017, Киров	30	-

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатьев, Н.К. Сухих	2015, 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	2016 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского	И.А.Турабов, М.П.Разин	2015Архангельск	25	-

	возраста. Учебное пособие (гриф УМО)				
6	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
7	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

2. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»**: п. 7. изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«29» августа 2025 г., протокол № 1
Заведующий кафедрой М.П. Разин

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«Детская хирургия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

Кафедра детской хирургии

Автор(ы) зав. кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор М.П. Разин, к.м.н., доцент Н.К. Сухих, к.м.н., доцент В.А. Скобелев к.м.н., доцент В.А. Махнева, к.м.н., доцент А.В. Смирнов

С 2025 / 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт «3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)» дополнить и читать в следующей редакции:

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				№8 сем.	№9 сем.	№А сем.	№В сем.
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Организация хирургической помощи детям. Семиотика хирургических заболеваний у детей	Знакомство с хирургической клиникой. Принципы организации работы специализированного детского хирургического стационара. Плановая и неотложная хирургия. Хирургическая помощь детям в поликлинике. Роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития, “хирургическая настороженность”. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
2	1	Современные методы исследования в детской хирургии.	Разобрать со студентами методику радиоизотопной диагностики у детей, спленопортографию, экскреторную урографию, ультразвуковую диагностику, эндоскопию и лапароскопию, применение лазеров, магнитов в детской хирургии, микрохирургию. Симптомы при заболеваниях различных органов и систем. **Применение в диагностике полиорганной дисфункции педиатрической шкалы SOFA (pSOFA) для детей с сепсисом и шкалы nSOFA для новорожденных, ручной подсчет и с использованием Искусственного интеллекта (ИИ).** Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, чтение рентгенограмм.	3 1			
3	2	Гематогенный остеомиелит	Этиопатогенез острого гематогенного остеомиелита, классификация, клиника, диагностика, лечение, исходы. Хронический остеомиелит, атипичные формы, лечение. Диспансеризация. Практическая подготовка: курация больных	3 1			

			по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				
4	2	Гнойная инфекция у новорождённых	Особенности иммунной системы у детей. Гнойные заболевания периода новорожденности (эпифизарный остеомиелит, омфалит, пупочный сепсис, некротическая флегмона, некторический энтероколит): этиология, патогенез, классификация, диагностика и дифдиагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
5	2	Бактериальные деструкции лёгких	Этиопатогенез, классификация, клиника и диагностика различных форм, интенсивная терапия и оперативное лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, чтение рентгенограмм.	3 1			
6	3	Острый аппендицит	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, диф.диагностика, лечение, особенности у детей раннего возраста. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, ассистенции на операциях.	2 2			
7	3	Осложнения острого аппендицита	Аппендикулярный перитонит, инфильтрат, абсцессы (таза, межпетельные, поддиафрагмальные). Послеоперационная кишечная непроходимость (паралитическая, спаечная), эвентрация кишечника, кишечные свищи. Построение интенсивной терапии, оперативное лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	3 1			
8	3	Приобретённая кишечная непроходимость	Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение спаечной, динамической кишечной непроходимости, инвагинации. Просмотр учебного видеофильма, Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков	2 2			
9	3	ЖКТ-кровотечения	Этиология, клиника, диагностика, первая помощь, лечение кровотечений из пищевода, желудка, 12-перстной кишки, кишечника. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, изучение лабораторных данных	3 1			
10	3	Операционный	Практическая подготовка: ассистенции на	4			

		день. Тестовый контроль. Отработка практических навыков на симуляторах.	операциях, отработка практических навыков на симуляторах. Проведение тестового контроля на бумажном носителе				
11	4	Врожденные пороки развития пищевода	Клиника, диагностика, лечение атрезии пищевода, врожденного короткого пищевода, халазии, ахалазии пищевода. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
12	4	Приобретенная патология пищевода	Клиника, диагностика, лечение желудочно-пищеводного рефлюкса, портальной гипертензии, химических ожогов, рубцовых сужений пищевода Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
13	4	Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз	Эмбриогенез желудочно-кишечного тракта. Этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение высокой и низкой непроходимости, врожденного гипертрофического пилоростеноза. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
14	4	Пороки развития и заболевания толстой кишки	Этиология. патогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности комплексного лечения аноректальных пороков, долихосигмы, парапроктита. Курация больных. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности комплексного лечения болезни Гиршпрунга, выпадения слизистой, полипа, трещины прямой кишки. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		5 1		
15	4	Пороки развития легких. Пороки развития грудной клетки	Агенезия, аплазия легких, врожденная лобарная эмфизема, кисты, легочная секвестрация, артериовенозные шунты, воронкообразная, килевидная деформации грудной клетки, деформации ребер Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
16	4	Пороки развития трахеобронхиального дерева. Бронхоэктатическая болезнь	Этиология, классификация, клиника, лечение бронхоэкта-тической болезни. Бронхоскопия и бронхография, классификация эндобронхитов. Трахеомаляция, стеноз трахеи и бронхов, инородные тела Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней,		3 1		

			отработка практических навыков				
17	4	Диафрагмальные грыжи	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение различных форм данной врожденной патологии Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
18	4	Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Тест	Практическая подготовка: ассистенции на операциях, отработка практических навыков на симуляторах. Собеседование по ситуационным задачам, проведение тестового контроля на бумажном носителе.		3 1		
19	5	Особенности повреждений опорно-двигательного аппарата у детей	Поднадкостничные переломы, переломы по типу “зеленой веточки”, эпифизиолизы, апофизиолизы, переломовывихи. Особенности консолидации и лечения различных повреждений у детей. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
20	5	Повреждения верхних конечностей и плечевого пояса	Виды переломов верхней конечности, ключицы, лопатки и сочетанных повреждений, сроки и методы консервативного и оперативного лечения Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
21	5	Повреждения нижних конечностей, таза и позвоночника	Клиника, диагностика, лечение переломов таза, бедра, голени, переломов, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующий сколиоз Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
22	5	Врожденный вывих бедра	Понятие дисплазии тазобедренного сустава. Этиология, классификация. Особенности клиники и диагностики патологии в зависимости от возраста ребенка. Современные методы лечения. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
23	5	Косолапость, кривошея, остеохондропатии	Диагностика и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной кор-рекции. Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера. Подготовка и тестирование Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков		3 1		
24	5	Операционный день. Отработка практических навыков на	Практическая подготовка: ассистенции на операциях, отработка практических навыков на симуляторах.		4		

		симуляторах.					
	1-5	Зачетное занятие	Проведение тестового контроля на бумажном носителе. Собеседование по ситуационным задачам		2		
25	6	Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки	Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			2 2	
26	6	Крипторхизм. Варикоцеле у детей	Разобрать аномалии развития и опускания яичка, клиника, диагностика, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
27	6	Семиотика урологических заболеваний у детей. Методы обследования в детской урологии	Семиотика и ведущие синдромы в детской урологии. Методы диагностики (лабораторные, бактериологические, УЗИ, урография, КТ, пиелография, МРТ, цистоскопия, цистография, уродинамические и радиоизотопные методы) Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков			2 2	
28	6	Эмбриогенез мочевой системы. Классификация пороков мочевой. Пороки почек.	Нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
29	6	Гидронефроз. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.	Этиология, клиника, диагностика, дифдиагностика аномалий врожденного гидронефроза и ПМР. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
30	6	Аномалии урахуса, мочевого пузыря и уретры. Инфравезикальная обструкция. Недержание мочи	Аномалии мочевого протока, мочевого пузыря, уретры: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм. Этажи регуляции мочеиспускания. Причины энуреза. Клиника, диагностика и лечение различных форм. Практическая подготовка: курация больных			3 1	

			по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.				
31	6	Воспалительные заболевания мочевой системы. Мочекаменная болезнь	Обструктивный пиелонефрит. Гнойная почка. Цистит. Баланопостит. Гангрена мошонки. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
32	6	Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Защита ИБ. Тестовый контроль	Курация больных, заполнение медицинской документации, тестирование, отработка практических навыков на симуляторах, присутствие на операциях. Сдача истории болезни Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков.			3 1	
33	7	Опухоли и кисты брюшной полости и забрюшинного пространства	Клиника, диагностика, лечение опухолей и кист печени, поджелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков.			3 1	
34	7	Сосудистые опухоли и мальформации	Ангиодисплазии, пороки развития вен, синдром Паркса-Вебера, гемангиомы, лимфангиомы. Особенности клиники, диагностики, методов лечения различных форм. Курация, ассистенции. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			2 2	
35	7	Злокачественные лимфомы, опухоли костей, герминогенные опухоли	Этиология, классификация, диагностика, способы показанного лечения различных форм патологии. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков. Написание учебной истории болезни.			3 1	
36	7	Опухоли средостения. Тест. Отработка практических навыков на симуляторах.	Этиология, виды, клиника, диагностика и лечение опухолей средостения. Тестирование на бумажном носителе, отработка практических навыков на симуляторах. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков, защита учебной истории болезни.			2 2	

37	8	Выявление хирургической патологии у детей. Профосмотры	Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
38	8	Организация работы хирургического кабинета детской поликлиники. Важнейшие врачебные манипуляции	Организация амбулаторной хирургической помощи детям. Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептика и антисептика. Разъединение и соединение тканей, пункции, блокады. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
39	8	Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей	Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
40	8	Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования мягких тканей	Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
41	8	Повреждения мягких тканей. Расстройства опорно-двигательного аппарата.	Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
42	8	Черепно-мозговая травма у детей	Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка» Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
43	8	Травма органов брюшной полости	Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
44	8	Травма органов грудной клетки	Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной				3

			диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				1
45	8	Травма органов мочевой системы. Синдром «острой мошонки».	Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки». Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				5 1
46	8	Термическая травма у детей	Виды, определение площади и глубины, клиника и диагностика ожогов мягких тканей, ожоговой болезни, отморожений, электротравмы. Способы лечения. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
47	8	Сроки оперативного лечения и диспансеризация больных детей с хирургическими заболеваниями	Обоснование оптимальных сроков оперативной коррекции хирургической патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией. Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 3
48	8	Пороки развития ЦНС	Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спинно-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии Практическая подготовка: курация больных по темам занятия, разбор больных, знакомство с историями болезней, отработка практических навыков				3 1
49	8	Отработка практических навыков на симуляторах. Сдача практических навыков на больных	Практическая подготовка: отработка практических навыков на симуляторах. Студенты показывают свои практические умения и сдают практические навыки на больных на базе 1 и 2 хирургических отделений ДОКБ.				4
50	8	Тестовый контроль.	Студенты тестируются на бумажном носителе с разбором ошибок, знакомятся с типовым наглядным материалом к междисциплинарному экзамену				4
Итого:				**40**	**60**	**48**	**60**

2. Пункт 4.2. Нормативная база дополнить и читать в следующей редакции:

- Клинические рекомендации РФ 2025: Сепсис у детей. 110с.
- Клинические рекомендации РФ 2025: Сепсис новорожденных. 98с.
- Клинические рекомендации РФ 2023: Менингококковая инфекция у детей. 52с.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«18» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор М.П. Разин

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра Детской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

«Детская хирургия»

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

Раздел 1. Общие вопросы детской хирургии.

Тема 1.1: Организация хирургической помощи детям. Семиотика хирургических заболеваний у детей.

Цель: изучение организационных вопросов оказания амбулаторной и стационарной помощи детям с хирургическими заболеваниями и пороками развития в РФ, а также принципами тактики, лечения и профилактики больных детей с хирургическими заболеваниями.

Задачи: - рассмотреть организацию работы детского хирургического стационара и его подразделений;

- обучить студентов принципам оказания плановой, срочной, экстренной помощи детям;

- изучить основные принципы сортировки больных и оказания медицинской помощи в профильных отделениях детского хирургического стационара;

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 6, ОПК - 9

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности детского организма, функциональные обязанности медицинского персонала детского хирургического отделения; принципы и порядки оказания детской хирургической помощи детям в современной России.

Обучающийся должен уметь: определять порядки оказания специализированной помощи, **в**ыстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива

Обучающийся должен владеть: навыками диагностики плановой и экстренной хирургической патологии у детей, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков различных возрастно-половых групп, **п**ринципами деонтологии и медицинской этики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Определение понятия «Детская хирургия». Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Общее представление о хирургической патологии детского возраста. Семиотика хирургических заболеваний. Принципы работы хирургического кабинета, стационара. Хирургическая помощь детям в поликлинической сети. Плановая и неотложная хирургия детей.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на ассиметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае?

А) обзорная рентгенография;

Б) ирригография;

В) экскреторная урография;*

Г) ангиография;

Д) КТ

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Определение понятия «детская хирургия»
2. Анатомо-физиологические особенности детского возраста
3. Общее представление о хирургической патологии детского возраста
4. Принципы организации работы детского хирургического стационара
5. Хирургическая помощь детям в поликлинической сети и стационарах общего профиля.
6. Плановая и неотложная хирургия
7. Роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития. Понятие «хирургической настороженности»

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Укажите все правильные ответы.

1. НА ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ВОЗЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАДАЧИ:

а) оформление документов;

б) первичное обследование и сортировка больных;

в) оказание первой помощи;

г) санитарная обработка;

д) связь с неотложными службами;

е) сбор и подача сведений о состоянии здоровья и температуре;

ж) выписка больных.

Укажите правильный ответ.

2. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) паспорт;

б) карта стационарного больного;

в) медицинский страховой полис;

г) больничный лист;

д) страховое пенсионное свидетельство.

Укажите все правильные ответы.

3. ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) приемный покой;

б) хирургические отделения;

в) операционный блок;

г) станция скорой помощи;

д) станция переливания крови.

Укажите правильный ответ.

4. ПРИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЕТСЯ С:

а) первичной сортировки и обследования больных;

б) оформления документации;

в) связи с неотложными службами;

г) санитарной обработки;

д) транспортировки в хирургическое отделение.

5. ПРИЕМ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В:

а) одном помещении;

б) разных боксах;

в) разное время.

Укажите все правильные ответы.

6. ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РЕБЕНКА В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ ВКЛЮЧАЕТ:

а) ванну;

б) душ;

в) обтирание влажным полотенцем;

г) стрижку волос;

д) стрижку ногтей.

7. САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТ:

а) родители;

б) младшая медсестра;

в) медсестра;

г) родители под контролем медсестры.

Укажите правильный ответ.

8. ПРОВОДИТСЯ ЛИ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ:

а) да;

б) нет.

9. КАК ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПЛАНОВУЮ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ:

а) раз в день;

б) два раза в день;

в) после каждого больного;

г) только после инфекционных больных.

10. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРИЕМА РЕБЕНКА В БОКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

а) влажную уборку;

б) кварцевание помещения 20 мин;

в) проветривание помещения 15 мин;

г) протереть кушетку дезинфицирующим раствором;

д) орошение помещения дезинфицирующим раствором.

Укажите все правильные ответы.

11. ПОЛНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ БОКСА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА:

а) сопутствующего инфекционного заболевания;

б) сопутствующего педикулеза, чесотки;

в) хирургической инфекции.

12. К СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

а) палаты;

б) полубоксы;

в) процедурный кабинет;

г) перевязочная чистая;

д) перевязочная гнойная;

е) оперблок;

ж) пищеблок.

Укажите правильный ответ.

13. ПРИ СТРОГОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ РАЗРЕШАЕТСЯ ВСТАВАТЬ ТОЛЬКО В:

а) туалет;

б) столовую;

в) перевязочную;

г) процедурную;

д) не разрешается.

Укажите все правильные ответы.

14. В ПРИКРОВАТНОЙ ТУМБОЧКЕ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ ДЕРЖАТЬ:

а) мягкие игрушки;

б) книги;

в) туалетные принадлежности;

г) передачу с продуктами;

д) смену чистого белья;

е) детское питание.

15. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ БОЛЬНОМУ ПЕРЕСТИЛАЕТСЯ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ОДИН РАЗ В:

а) день;

б) три дня;

в) неделю;

г) и при загрязнении.

Укажите правильный ответ.

16. МОЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПАЛАТ ВО ВРЕМЯ ДНЕВНОГО И НОЧНОГО СНА БОЛЬНЫХ:

а) да;

б) нет.

Эталоны правильных ответов

1. а, б, в, г, д.
2. б.
3. а, б, в.
4. б.
5. б.
6. в, д.
7. б, г.
8. а.
9. б.
10. г.
11. а, б.
12. а, б, в, г, д.
13. д.
14. б, в, д.
15. в, г.
16. б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

М.П. Разин. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Издание второе, переработанное и дополненное / Разин М.П., Шешунов И.В., Игнатьев С.В., Сухих Н.К. - Киров: ООО « Кировская областная типография», 2013. - 144с.

Современные методы диагностики в хирургии детского возраста / сост.: В.Н.Галкин, М.П. Разин. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Издание второе. - Киров. - 2005. - 86 с.

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

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

Тема 1.2. Современные методы исследования в детской хирургии

Цель: изучение наиболее широко применяющихся современных методов диагностики в детской хирургии и семиотику детских хирургических заболеваний.

Задачи: - рассмотреть современные методы исследований у детей с хирургическими заболеваниями: эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические, радиоизотопные, магниторезонансные методы диагностики;

- обучить методам диагностики и применению их на практике,определять показания к назначению этих методов;

- изучить принципы, показания и противопоказания, преимущества и недостатки различных методов. Семиотика заболеваний органов брюшной, грудной полостей, мочевого тракта.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: физические механизмы, применяемые в современных методах диагностики; использование современных методов диагностики в детской хирургии в зависимости от нозологической причастности патологии.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики при различных хирургических заболеваниях, определять показания и противопоказания к назначению эндоскопии, КТ, МРТ, УЗИ, радиоизотопной диагностики.

Обучающийся должен владеть: правильно интерпретировать данные обследований для правильной постановки диагноза, навыками оптимального выбора диагностических методик при различной детской хирургической патологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия: Радиоизотопная диагностика органов и систем организма ребёнка. Ультразвуковая диагностика. Эндоскопия в детской хирургии. Лапароскопия у детей. Семиотика заболеваний органов брюшной полости. Семиотика заболеваний органов грудной полости. Семиотика заболеваний органов мочевыделительной системы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Радиоизотопная диагностика органов и систем организма ребёнка. Ультразвуковая диагностика. Эндоскопия в детской хирургии. Лапароскопия у детей. Семиотика заболеваний органов брюшной полости. Семиотика заболеваний органов грудной полости. Семиотика заболеваний органов мочевыделительной системы.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.
- Изучение рентгенограмм

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура $37,2^0$, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?

А) рентгенография;

Б) МРТ;*

В) ангиография;

Г) УЗИ;

Д) сцинтиграфия

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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) Радиоизотопная диагностика (диагностика эктопированной и дистопированной слизистой желудка, спленопортография, исследование мочевыделительной системы у детей)
2) Ультразвуковая диагностика (органы пищеварения, легкие, сердце, почки, мочевой пузырь)
3) Эндоскопия в детской хирургии (бронхоскопия, ФГДС, колоноскопия)
4) Лапароскопия у детей (показания, техника, возможности)
5) Применение лазеров в детской хирургии
6) Применение магнитов в детской хирургии
7) Микрохирургия у детей
8) Семиотика заболеваний органов брюшной полости
9) Семиотика заболеваний органов грудной полости
10) Семиотика заболеваний органов мочевыделительной системы

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела $37,3^0$, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз?

А) язвенная болезнь ЖКТ;

Б) портальная гипертензия;*

В) синдром Мэллори-Вейса;

Г) гемолитическая анемия;

Д) острый гастроэнтерит

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

А) Рентгенологический;

Б) Радиоизотопный;

В) Фиброгастроскопия;*

Г) Ангиография;

Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 7,6х10^9/л, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% (1,22х10^9/л), В-лимфоциты – 20% (0,35х10^9/л), CD_4-клетки – 38%, CD_8-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная?

А) дезинтоксикационной;

Б) витаминотерапии;

В) химиотерапии;

Г) иммунотропной;*

Д) лучевой

3. Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на ассиметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае?

А) обзорная рентгенография;

Б) ирригография;

В) экскреторная урография;*

Г) ангиография;

Д) КТ

4. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 12,8х10^9/л, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% (0,68х10^9/л), В-лимфоциты – 31,2% (0,68х10^9/л), CD_4-клетки – 57%, CD_8-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?

А) иммунозаместительный специфический;

Б) иммуномодулирующий;*

В) иммуностимулирующий;

Г) иммунодепрессантный;

Д) иммунозаместительный неспецифический

5. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным?

А) бронхография;

Б) нейросонография;

В) обзорная рентгенография;

Г) эзофагография;*

Д) УЗИ

6. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура $37,2^0$, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?

А) рентгенография;

Б) МРТ;*

В) ангиография;

Г) УЗИ;

Д) сцинтиграфия

7. Больной К, 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз?

А) нефробластома;

Б) врожденный гидронефроз;*

В) уретерогидронефроз;

Г) травма органов забрюшинного пространства;

Д) мультикистоз почки

Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?

А) цистография;

Б) УЗИ;*

В) экскреторная урография;

Г) обзорная рентгенография;

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

М.П. Разин. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Издание второе, переработанное и дополненное / Разин М.П., Шешунов И.В., Игнатьев С.В., Сухих Н.К. - Киров: ООО « Кировская областная типография», 2013. - 144с.

Современные методы диагностики в хирургии детского возраста / сост.: В.Н.Галкин, М.П. Разин. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Издание второе. - Киров. - 2005. - 86 с.

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

Раздел 2. Гнойная инфекция у детей

Тема 2.1. Гематогенный остеомиелит

Цель: овладение студентами знаний гематогенного остеомиелита у детей**.**

Задачи: - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза, клинику острого гематогенного

остеомиелита;

- обучить диагностике заболевания и методам лечения ;

-изучить атипичные формы остеомиелита и методы их диагностики и лечения;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения и реабилитации больных остеомиелитом. Анатомо-физиологичесике особенности детского организма, принципы гнойной хирургии.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать, диагностировать различные формы патологии.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита, навыками измерения внутрикостного давления.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

3. Ответить на вопросы по теме занятия: Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита. Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Атипичные формы остеомиелита. Клиника, диагностика и лечение.

4. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К., 13 лет. Вечером 9 декабря впервые были отмечены боли в правой нижней конечности и подъем температуры до $37,6^0$ С. Была вызвана карета скорой помощи, приехавший фельдшер диагностировал ОРВИ, был назначен арбидол, ибупрофен, ребенок оставлен на месте. 10 декабря с вышеозначенной клиникой (+ появилась припухлость, отечность мягких тканей в области верхней трети правой бедренной кости, правой подвздошной кости) родители обратились с ребенком к участковому педиатру, для исключения «травмы правого бедра» мальчик был направлен в травм пункт, где была выполнена рентгенография правого бедра и таза (патологии не выявлено), сделан общий анализ крови (лейкоциты 12,0 х 10^9/л, палочкоядерные 7%, СОЭ 27), мальчик получил консультацию педиатра и невролога (исключен острый вялый паралич, диагноз – «люмбаго, ишиас»), ребенок отправлен домой для амбулаторного лечения неврологической патологии. Но заболевание прогрессировало, появился влажный кашель, t до 39^0,

мелкопузырчатые хрипы над обоими легкими, и ребенок 12 декабря в тяжелом состоянии был доставлен по экстренности в приемный покой детского хирургического стационара.

Контрольные вопросы

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез заболевания?

3) Классификация?

4) Допущенные диагностические ошибки?

5) Принципы лечения? Осложнения, исходы?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита
2) Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы
3) Диагностика и дифференциальная диагностика
4) Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Исходы
5) Эпифизарный остеомиелит у детей младшего возраста (клиника, диагностика, лечение)
6) Хронический вторичный гематогенный остеомиелит. Осложнения.
7) Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ
1) 1-2 минут *
2) 10-15 минут
3) 20-25 минут
4) 30-40 минут
5) 60 минут

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
1) измерение внутрикостного давления
2) дополнительную остеоперфорацию *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
1) дополнительную остеоперфорацию

2) измерение внутрикостного давления *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

4. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТРЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному *
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

5. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному *
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

6. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому *
5) к септикопиемическому

7. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному
2) к затяжному *
3) к молниеносному
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

8. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) до 1 месяца
2) до 2-3 месяцев *
3) до 4-8 месяцев
4) до 8-10 месяцев
5) до 1 года

9. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

1) срочная остеоперфорация
2) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке

4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
5) внутрикостное введение антибиотиков

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) диагностическая пункция мягких тканей
2) остеофлебография
3) электрорентгенография
4) измерение внутрикостного давления
5) бактериоскопия мазка *

11. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА
1) срочная операция
2) плановая операция *
3) диагностическая пункция
4) наблюдение
5) антибиотикотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.2. Гнойная инфекция у новорождённых.

Цель: овладение студентами знаний гнойной инфекции у новорождённых.

Задачи: - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза, клиники гнойных заболеваний у новорождённых;

- обучить методам диагностики и лечения;

- изучить анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей**,** клинику, диагностику, методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний. и реабилитации больных остеомиелитом.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно - воспалительных заболеваний. Особенности иммунной системы у детей. Омфалит и пупочный сепсис. Некротическая флегмона новорожденных. Некротический энтероколит.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

На пятые сутки жизни перед выпиской из роддома отмечено значительное ухудшение в состоянии ребёнка, стали выражены явления интоксикации, температура тела – 38,8° С. На осмотр реагирует вялым беспокойством, крик слабый. Кожные покровы с сероватым оттенком, на коже нижней поверхности живота с переходом на промежность, бёдра, поясничную область отмечается зона яркой гиперемии. Кожа на ощупь горячая, деревянистой плотности, пальпация пораженных кожных покровов резко болезненна. Ребёнок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка во время осмотра 3800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – 6,3 х 10^9/л, палочкоядерные - 32%, сегментоядерные - 51%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 21%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Дополнительные методы диагностики?*
4. *Лечебная тактика?*
5. *Посиндромная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита
2. Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы
3. Диагностика и дифференциальная диагностика

4.Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Исходы
5.Эпифизарный остеомиелит у детей младшего возраста (клиника, диагностика, лечение)
6.Хронический вторичный гематогенный остеомиелит. Осложнения.
7.Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ
6) 1-2 минут *
7) 10-15 минут
8) 20-25 минут
9) 30-40 минут
10) 60 минут

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
6) измерение внутрикостного давления
7) дополнительную остеоперфорацию *
8) ушивание раны
9) промывание костномозгового канала
10) дренирование раны

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
6) дополнительную остеоперфорацию
7) измерение внутрикостного давления *
8) ушивание раны
9) промывание костномозгового канала
10) дренирование раны

4. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТРЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ
6) к обрывному
7) к затяжному
8) к молниеносному *
9) к хроническому
10) к септикопиемическому

5. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
6) к обрывному *
7) к затяжному
8) к молниеносному
9) к хроническому
10) к септикопиемическому

6. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
6) к обрывному

7) к затяжному
8) к молниеносному
9) к хроническому *
10) к септикопиемическому

7. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

6) к обрывному
7) к затяжному *
8) к молниеносному
9) к хроническому
10) к септикопиемическому

8. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

6) до 1 месяца
7) до 2-3 месяцев *
8) до 4-8 месяцев
9) до 8-10 месяцев
10) до 1 года

9. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

6) срочная остеоперфорация
7) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
8) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
9) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
10) внутрикостное введение антибиотиков

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

6) диагностическая пункция мягких тканей
7) остеофлебография
8) электрорентгенография
9) измерение внутрикостного давления
10) бактериоскопия мазка *

11. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

6) срочная операция
7) плановая операция *
8) диагностическая пункция
9) наблюдение
10) антибиотикотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 2.3. Бактериальные деструкции легких.

Цель: овладение студентами знаний бактериальной деструкции лёгких.

Задачи: - рассмотреть этиологию и патогенез, клинику заболеваний лёгких у детей;

- обучить методам диагностики и лечения различных форм патологии;

- изучить со студентами классификацию БДЛ, вопросы интенсивной терапии и оперативного лечения бактериальных деструкций у детей;

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно-воспалительных заболеваний, особенности иммунной системы у детей**,** клинику, диагностику, методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний лёгких у детей и вопросы реабилитации больных .

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний лёгких у детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия:** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии гнойно - воспалительных заболеваний. Особенности иммунной системы у детей. Этиология и патогенез бактериальных деструкций лёгких. Особенности клиники и диагностики различных форм патологии. Интенсивная терапия и оперативное лечение детей с БДЛ.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребенок родился от I беременности, протекавшей с токсикозом, в срок, массой 2600 г. Выписан домой на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с хорошей прибавкой в весе. Пупочная ранка мокла. В возрасте 3 недель мать ребёнка лечилась по поводу гнойного мастита, ребенок кормился грудным молоком. Заболел остро в I мес. Появились катаральные явления: кашель, беспокойство, температура до 38,5° С. На фоне амбулаторного лечения ампициллином состояние ребёнка

ухудшалось, и на 6 день заболевания ребёнок был госпитализирован. При осмотре состояние тяжелое, периодически беспокоится, сосет вяло, срыгивает. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Одышка до 80 в минуту. Влажный кашель. Притупление при перкуссии справа в верхних отделах, в нижних – лёгочный звук, слева – легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно справа, в верхних отделах, дыхание не проводится, в нижних – жёсткое, слева – дыхание жёсткое с влажными хрипами. Сердечные тоны глухие, до 180 в минуту. Границы сердца несколько смещены влево. Живот мягкий, вздут, печень + 4 см., стул частый, жидкий с зеленью и слизью. Вес ребёнка 2800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – $15x10^6$, палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 36%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 43%, моноциты - 5 %, СОЭ - 26 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Классификация?*
4. *Дополнительные методы диагностики?*
5. *Показанное лечение? Интенсивная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля

1) Этиология заболевания
2) Патогенез заболевания
3) Классификация заболевания
4) Абсцедирование без плевральных осложнений. Клиника, диагностика, лечение
5) Буллы. Клиника, диагностика, лечение
6) Плащевидный гнойный плеврит. Клиника, диагностика, лечение
7) Тотальный пиоторакс. Клиника, диагностика, лечение
8) Фибринозный тотальный плеврит. Клиника, диагностика, лечение
9) Пиопневмоторакс. Клиника, диагностика. лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

1) артерии нижней доли
2) бронха нижней доли
3) разделения нижней легочной связки *
4) нижней легочной вены

5) основного ствола легочной артерии

2. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:
1) кровотечение

2) массивные продувания воздуха

3) сердечно-легочная недостаточность
4) обтурационные осложнения *

5) несостоятельность швов

3. На рентгенограмме на фоне неизмененной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:

1) абсцесс легкого

2) пневмоторакс

3) буллезная форма бактериальной деструкции легких *

4) пиоторакс

5) пиопневмоторакс

4. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:

1) пиопневмоторакс

2) буллезная форма бактериальной деструкции легких

3) абсцесс легкого *

4) пиоторакс

5) медиастинальная эмфизема

5. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

1) с абсцессом легкого

2) с тотальной эмпиемой плевры

3) с осумкованным плевритом
4) с плащевидным плевритом *

5) с буллезной формой бактериальной деструкции легких

6. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

1) тотальная эмпиема плевры

2) буллезная форма бактериальной деструкции легких

3) фибриноторакс *

4) плащевидный плеврит

5) пиопневмоторакс

7. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:
1) тотальная эмпиема плевры
2) ателектаз легкого *
3) напряженная тотальная эмпиема
4) плащевидный плеврит

5) абсцесс легкого

8. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

1) смещение средостения

2) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов

3) деформация одного или обоих куполов диафрагмы

4) непостоянность Rg данных при повторных полипозиционных исследованиях *

5) признаки гиповентиляции легких

9. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

1) пневмоторакс

2) гидропневмоторакс

3) напряженный гидропневмоторакс *

4) тотальная эмпиема плевры

5) абсцесс легкого

10. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

1) напряженный гидропневмоторакс
2) напряженный пневмоторакс *

3) гигантский кортикальный абсцесс
4) тотальная эмпиема плевры

5) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких

11. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является :

1) пункция абсцесса

2) радикальная операция

3) бронхоскопическая санация *

4) дренирование плевральной полости

5) катетеризация бронха

12. При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

1) пункция буллы

2) интенсивная терапия без вмешательства в очаг *

3) дренирование буллы

4) бронхоскопический дренаж

5) плевральная пункция

13. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Больному необходимо выполнить:

1) бронхоскопический дренаж

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) пункцию буллы *

4) дренирование буллы

5) катетеризацию бронха

14. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

1) оперативное лечение *

2) консервативное лечение

3) длительную бронхоскопическую санацию

4) оперативное лечение временно не показано

5) санаторное лечение

15. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

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

16. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Больному следует рекомендовать:

1) диспансерное наблюдение

2) оперативное лечение

3) бронхоскопическое лечение *

4) санаторное лечение

5) консервативную терапию

17. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

1) оперативное лечение показано

2) оперативное лечение временно противопоказано *

3) оперативное лечение не показано

4) оперативное лечение противопоказано

5) санаторное лечение

18. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

1) 3-5 дней

2) 6-10 дней

3) 11-15 дней

4) 16-20 дней

5) после 20 дней *

19. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

1) 3-5 дней

2) 6-10 дней

3) 11-15 дней *

4) 16-20 дней

5) после 20 дней

20. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является :

1) улучшение общего состояния больного
2) купирование восходящего бронхита *
3) уменьшение гнойного отделяемого
4) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания

5) уменьшение количества хрипов

Рекомендуемая литература: Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Раздел 3: Острые и неотложные заболевания органов брюшной полости у детей

Тема 3.1. Острый аппендицит

Цель: овладение студентами знаний острого аппендицита у детей, изучение особенностей острого аппендицита у детей.

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

- обучить методам диагностики заболевания у детей разных возрастных групп;

- изучить особенности клиники острого аппендицита у детей разного возраста.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии острого аппендицита. Этиология и патогенез острого аппендицита. Варианты расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики у детей раннего возраста. Лечение острого аппендицита.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Ассистенции на операциях

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Девочка 2,5 лет поступила в клинику на первые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,9° С, тошноты и многократной рвоты. Стул был сегодня 1 раз, нормальный.

При поступлении состояние расценено как средней тяжести, температура тела 38,1° С. Язык сухой, покрыт серым налетом. Дыхание 24 в минуту, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту. При поверхностной пальпации живота выявляется напряжение мышц правой подвздошной области. На глубокую пальпацию живота ребенок отвечает плачем. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный справа.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Этиология, патогенез заболевания?*
3. *Классификация заболевания?*
4. *Дополнительное обследование?*
5. *Лечебная тактика?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Этиология, патогенез острого аппендицита
2) Варианты расположения червеобразного отростка
3) Патологическая анатомия и патогистология при остром аппендиците
4) Классификация
5) Клиника и диагностика острого аппендицита, их особенности у детей раннего возраста
6) Лечение острого аппендицита. Ход классической аппендэктомии

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК — ЭТО
1) Рудимент*
2) функциональный орган
3) порок развития
4) аномалия
5) вариант развития

2. УКАЖИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ
1) обязательно *
2) не обязательно

3) у детей младшего возраста по показаниям
4) у девочек по показаниям
5) в зависимости от клиники

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

4. СИМПТОМ ДУМБАДЗЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО
1) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
2) болезненность при пальпации области пупочного кольца *
3) уменьшение болей в положении на животе
4) усиление болей при отведении купола кишки медиально
5) снижение или отсутствие брюшных рефлексов

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево *
2) гиперлейкоцитоз
3) лейкопения
4) отсутствие изменений
5) ускоренная СОЭ

6. РЕГРЕСС ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
1) невозможен *
2) возможен при начальной стадии воспаления
3) возможен при флегмонозном аппендиците
4) возможен при гангренозном аппендиците
5) возможен даже при перфоративном аппендиците

7. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЛЕЖА В ПОСТЕЛИ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ
1) на спине
2) на животе
3) на правом боку с приведенными ногами *
4) на левом боку
5) сидя

8. ДОПУСТИМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ, ПОСТУПИВШИМ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ СДЕЛАТЬ ЛАПАРОСКОПИЮ ОГРАНИЧЕНА
1) 3 часами
2) 6 часами
3) 12 часами
4) 18 часами
5) 24 часами *

9. ХИРУРГ И ГИНЕКОЛОГ ПРИ СОВМЕСТНОМ ОСМОТРЕ НЕ МОГУТ РЕШИТЬ, ЧТО У БОЛЬНОГО – ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ИЛИ ОСТРЫЙ АДНЕКСИТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
1) срединную лапаротомию
2) лапаротомию разрезом по Пфанненштилю

3) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
4) лапароскопию *
5) динамическое наблюдение

10. У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕЯСНАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ПОЗВОЛЯЕТ
1) наблюдение
2) консервативное лечение
3) лапароскопия *
4) лапаротомия в правой подвздошной области
5) срединная лапаротомия

11. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
1) локальная боль и рвота
2) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
3) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность *
4) симптом Щеткина и рвота
5) жидкий стул и рвота

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 3.2. Осложнения острого аппендицита

Цель: овладение студентами знаний различных осложнений острого аппендицита у детей.

Задачи: -рассмотреть вопросы клиники, диагностики и лечения осложнений острого аппендицита; рассмотреть инфильтрат, абсцесс брюшной полости, аппендикулярный перитонит.

- обучить методам диагностики заболевания, методам выявления патологии

- изучить особенности клиники, диагностики и лечения аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, аппендикулярного аппендицита, принципы комплексного лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: патогенез, клинику, диагностику и принципы лечения аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, абсцесса дугласова пространства, аппендикулярного перитонита. Методики оперативных вмешательств, лапаростомии. Принципы построения рациональной интенсивной терапии. Анатомо-физиологические особенности детского организма, принципы диагностики и лечения патологии во взрослой практике.

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

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, принципами антибиотикотерапии и интенсивной терапии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Аппендикулярный инфильтрат(патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения). Периаппендикулярный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения). Аппендикулярный перитонит (классификация, виды, диагностика, лечение). Принципы рациональной интенсивной терапии. Принципы антибиотикотерапии при аппендикулярном аппендиците у детей.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.

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 шести лет был прооперирован по поводу гангренозного аппендицита, аппендэктомия выполнена лигатурным способом. В раннем послеоперационном периоде на фоне проводимого лечения состояние ребенка постепенно ухудшилось, температура повысилась до 38,0° С, снова появились боли в животе. Явления токсикоза не выражены.

При пальпации живота определяется болезненность в нижних отделах справа, легкое напряжение мышц, пальпируется плотное, умеренно болезненное образование с нечеткими контурами. Температура тела ребенка 37,5° С. Произведено ректальное бимануальное обследование прямой кишки, в брюшной полости выявлено плотное образование размером 3х5 см.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз?*
2. *Диагностическая тактика?*
3. *Классификация послеоперационных осложнений при остром аппендиците у детей?*
4. *Показанное лечение?*
5. *Диспансеризация?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

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) Аппендикулярный инфильтрат (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения)

2) Периаппендикулярный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс (клиника, диагностика, лечение)

3) Аппендикулярный перитонит (классификация, виды, диагностика, лечение)

4) Методика лапаростомии

5) Принципы построения рациональной интенсивной терапии при аппендикулярном перитоните в послеоперационном периоде

6) Принципы антибиотикотерапии

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. У РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРОВАН ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА
1) стационарное наблюдение
2) амбулаторное наблюдение
3) антибиотики, физиотерапия, наблюдение *
4) срочная операция
5) операция в плановом порядке

2. У РЕБЕНКА НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕН ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОБИЛЬНЫЙ ГНОЙНЫЙ ВЫПОТ. УМЕРЕННЫЕ ФИБРИНОЗНЫЕ НАЛОЖЕНИЯ И ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ, ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА. ОПЕРАЦИЮ СЛЕДУЕТ ЗАКОНЧИТЬ
1) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания *
2) лаважом брюшной полости после операции
3) лапаростомией
4) ввести микроирригаторы
5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях

3. ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОБНАРУЖЕН ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ. ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАКОНЧЕНА
1) разделением инфильтрата, аппендэктомией
2) марлевым тампоном к инфильтрату
3) микроирригатором
4) резиновым выпускником
5) ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции *

4. У РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ КЛИНИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА
1) срединная лапаротомия. ревизия брюшной полости
2) ревизия через доступ в правой подвздошной области *
3) наблюдение, проведение консервативных мероприятий
4) лапароцентез
5) лапароскопия

5. У РЕБЕНКА БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПО ХОДУ ЗАШИТОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
1) назначение антибиотиков
2) курс физиотерапии
3) наблюдение
4) снять все швы

снять один шов и произвести ревизию раны зондом *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 3.3. Приобретенная кишечная непроходимость

Цель: овладение студентами знаний приобретённой кишечной непроходимости у детей.

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

- обучить методам диагностики различных видов кишечной непроходимости;

- изучить клинику, диагностику, лечение спаечной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника, обтурационной непроходимости кишечника у детей.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение.

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Спаечная кишечная непроходимость (патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). Инвагинация кишечника (патогенез, клиника, диагностика, лечение консервативное и оперативное, профилактика). Паретическая кишечная непроходимость. Обтурационная непроходимость в детской практике.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Паретическая послеоперационная кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение)

2) Спаечная кишечная непроходимость (патогенез, клиника, диагностика, виды, лечение, профилактика)

3) Инвагинация кишечника (этиология, патогенез, виды, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение консервативное и оперативное)

4) Динамическая непроходимость. Обтурационная непроходимость

5) Просмотр учебного видеофильма «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей»

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:

А) гипокалиемия*

Б) погрешности диеты

В) операционная травма брюшной полости*

Г) ЧМТ*

Д) интоксикация любой этиологии*

2. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

А) операционная травма брюшины*

Б) аэрация брюшины*

В) «неподвижность» кишечника*

Г) гиперпродукция соединительной ткани*

Д) геморрагический васкулит

3. КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

А) приступообразные боли в животе*

Б) многократная рвота

В) понос

Г) кровь со слизью в ампуле прямой кишки*

Д) синдром «опухоли в животе»

4) ОБТУРАЦИОННУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

А) глистная инвазия*

Б) безоары*

В) труднопереваривaемая растительная клетчатка, съеденная в больших количествах*

Г) несъедобные предметы у детей с аллотриофагией*

Д) обтурация сонных артерий

5) ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А) стимуляция кишечника*

Б) экстренная тперация

В) плановая операция

Г) психотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 3.4. ЖКТ-кровотечения.

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

Задачи: - рассмотреть механизмы и виды кровотечений, различные причины состояния,

- обучить студентов методам диагностики и лечения кровотечений;

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

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

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Диагностические ошибки на амбулаторном и госпитальном этапах?*
3. *План и методы обследования?*
4. *Методы показанного лечения?*

5. *Исходы заболевания? Прогноз? Диспансерное наблюдение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

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

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

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

2. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ

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

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

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

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

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

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

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

2014. - 1040 с.

Дополнительная:

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

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

Тема 3.5. Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Тестовый контроль.

Цель: Показать на практике работу хирурга в операционной. Показать оперативные вмешательства при грыжах, водянках, крипторхизме.

Задачи: отработка практических навыков – осмотр хирургического больного (диагностика острого аппендицита), тестовый контроль.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение, вопросы диспансеризации больных с острым аппендицитом, непроходимостью кишечника

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методы диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: участие в операциях, сдача теста на бумажном носителе, отработка практических навыков

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.

Проведение 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).

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.

2. Практическая подготовка.

- Отработка практических навыков
- Ассистенции на операциях

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:

не предусмотрена учебным планом

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

3. Проверить свои знания с помощью тестового контроля

Тестовый контроль:

5. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

6. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ

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

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

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

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

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

9. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

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

10. КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

А) приступообразные боли в животе*
Б) многократная рвота
В) понос
Г) кровь со слизью в ампуле прямой кишки*

Д) синдром «опухоли в животе»

11. ОБТУРАЦИОННУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

А) глистная инвазия*

Б) безоары*

В) трудноперевариваемая растительная клетчатка, съеденная в больших количествах*

Г) несъедобные предметы у детей с аллотриофагией*

Д) обтурация сонных артерий

12. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А) стимуляция кишечника*

Б) экстренная тперация

В) плановая операция

Г) психотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Раздел 4: Пороки развития и заболевания органов грудной и брюшной полости у детей

Тема 4.1. Врождённые пороки развития пищевода

Цель: овладение студентами знаний пороков развития пищевода

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

- обучить методам диагностики и лечения пороков развития пищевода;

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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.** Атрезия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Врождённый короткий пищевод. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Халазия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и

лечение. Ахалазия пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

Дополнительная:

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

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

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 4.2. Приобретённая патология пищевода.

Цель: овладение студентами знаний приобретённой патологии пищевода, различных заболеваний и патологических состояний пищевода.

Задачи: - рассмотреть этиологию, клинику, диагностику и лечение приобретённых заболеваний пищевода;

- обучить студентов методам диагностики заболеваний пищевода, методам лечения;

- изучить гакстроэзофагеальную рефлюксную болезнь, химические ожоги пищевода, рубцовые сужения пищевода, кровотечения из пищевода, особенности лечебной тактики.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиологию, клинику, диагностику и лечение заболеваний пищевода: халазии и ахалазии пищевода, химических ожогов, рубцовых сужений пищевода, кровотечений при портальной гипертензии.

Обучающийся должен уметь: правильно поставить диагноз заболевания.

Обучающийся должен владеть: методами обследования и лечения заболеваний пищевода, определять показания и принципы показанного лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Химические ожоги пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Рубцовые сужения пищевода. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Пищеводные кровотечения. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- 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°С. Ребенок отказывается от еды, пьет очень мало, мочится редко, небольшими порциями концентрированной мочи. При осмотре полости рта: на слизистой – массивные

фибринозные наложения.

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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:

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) внутрипеченочная*
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.

Дополнительная:

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

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

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 4.3. Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз.

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 дифдиагностики, лечения больных с врожденной патологией кишечника;

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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:

Ответить на вопросы по теме занятия. Эмбриогенез кишечной трубки и

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

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной Д., новорождённый, родился от второй беременности, первых родов в срок 38-39 недель, по Апгар 5/8 баллов. Масса тела 3206 грамм, длина 53 см. Матери 26 лет. В периоде новорождённости была оперирована по поводу атрезии поперечной ободочной кишки.

Объективно: состояние при рождении средней степени тяжести, на самостоятельном дыхании. Кожные покровы чистые, розовые. Тургор тканей сохранён. Костно-мышечная система без патологии. Большой родничок 1,5×1,5 см, не выбухает. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – до 142 в минуту. АД - 75/45 мм рт.ст. Застойного отделяемого в желудке не было. Живот мягкий, запавший, доступен пальпации во всех отделах. Стула после клизмы получено не было. Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости с введением контрастного вещества. Через 4 часа после его введения определяются множественные уровни жидкости в кишечнике и депонирование контраста.

Контрольные вопросы

1) *Предположительный диагноз?*
2) *Причины? Классификация?*
3) *Дополнительные методы исследования?*
4) *Дифференциальный диагноз?*
5) *Методы лечения? Прогноз?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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 Ba 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.

Дополнительная:

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

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

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы диагностики для постановки диагноза

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок 2 года 2 мес. поступил в приёмное отделение хирургической клиники с подозрением на острый аппендицит. Известно, что он болен около суток. Ребенок периодически беспокоится, жалуется на боли в животе. Была однократная рвота. Температура $37,1^0$ С. Стула не было в течение 3 суток. В общем анализе крови лейкоцитоз $10,1 \times 10^9$/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?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

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) 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 дилятация толстой кишки

5) все перечисленное

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

1) острую *

2) подострую

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

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

1) ирригографию

2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *

3) дачу бариевой смеси через рот

4) колоноскопию

5) определение активности ацетилхолинэстеразы

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

1) радикальная операция

2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки

3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки

5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

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

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 9 месяцев

4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

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

1) острую

2) подострую *

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

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

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

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

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

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

1) до 6 месяцев *

2) после 1 года

3) после 3 лет

4) после 6 лет

5) после перенесенной кишечной инфекции

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

1) операция Дюамеля

2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

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

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

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

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

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

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

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

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТО 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 УКОРОЧЕНИЕ 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 ЧАСОВПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

1) наблюдение

2) сифонная клизма

3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *

4) цекостомия

5) сигмостомия

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

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома *

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

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

1) ревизия и санация раны *

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома

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

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

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

1) ревизия и санация брюшной полости

2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома

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

4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *

5) ревизия раны, наблюдение

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

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, сигмостома

3) ревизия и санация раны, цекостома

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

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

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

1) рентгенологический

2) эндоскопический

3) пальцевое ректальное исследование *

4) ангиография

5) пункция образования

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

1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *

2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

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

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

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

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

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

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

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

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

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

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

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

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая

3) третья *

4) четвертая

5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ

ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

1) компенсированную

2) субкомпенсированную

3) декомпенсированную *

4) II степень

5) III степень

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) пальцевое исследование прямой кишки *

3) ирригография с воздухом

4) лапароскопия

5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

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 4.5. Пороки развития и заболевания толстой кишки (продолжение)

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 -

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

Обучающийся должен владеть: вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2. Практическая подготовка.

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Ребёнок родился от нормально протекавшей беременности и физиологических срочных родов с массой 3000 г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и лёгких патологии не выявлено. Живот несколько вздут.

При осмотре промежности отсутствие анального отверстия и наружного сфинктера. По средней линии промежности визуализируется кожный валик. Седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицательный. Во время осмотра ребёнок помочился, моча мутная. Его возраст при осмотре – 2 суток.

КОС: pH - 6,32, pO_2 - 54 мм рт.ст., pCO_2 - 30 мм рт.ст., BE - 22 ммоль/л, SB - 14 ммоль/л. В общем анализе крови Hb - 180 г/л, Ht - 60%, в биохимическом анализе крови: мочевина - 16 ммоль/л, креатинин - 0,1 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. *Поставить предположительный диагноз.*
2. *Анализ диагностических ошибок?*
3. *Классификация заболевания?*
4. *План обследования? Составить план инфузионной терапии.*
5. *Этапы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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:

8) Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёнюшкина и Мельбурнская, характеристика

9) Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения

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

11) Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.

12) Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.

13) Выпадение слизистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация

14) Парапроктит у детей. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

3) копчиковая киста

4) воронкообразное кожное втяжение

5) все перечисленное

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

1) зондирование

2) пальцевое ректальное обследование

3) рентгенофистулография *

4) ректороманоскопия, колоноскопия

5) весь перечисленный комплекс исследований

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

1) на животе *

2) на спине

3) на левом боку

4) на правом боку

5) любое из перечисленных

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

1) по установлении диагноза

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

3) при обострении процесса

4) после 5-6 лет

5) в любые сроки

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

1) рентгеноконтрастный

2) ректороманоскопия

3) колоноскопия

4) пальцевое ректальное исследование *

5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;

Б) консервативная терапия, бужирование;

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

Г) 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 дилятация толстой кишки

5) все перечисленное

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

1) острую *

2) подострую

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

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

1) ирригографию

2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *

3) дачу бариевой смеси через рот

4) колоноскопию

5) определение активности ацетилхолинэстеразы

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

1) радикальная операция

2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки

3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки

5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

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

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 9 месяцев

4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

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

1) острую

2) подострую *

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

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

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

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

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

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

1) до 6 месяцев *

2) после 1 года

3) после 3 лет

4) после 6 лет

5) после перенесенной кишечной инфекции

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

1) операция Дюамеля

2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

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

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

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

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

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

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

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

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТО 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 УКОРОЧЕНИЕ 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 ЧАСОВПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

1) наблюдение

2) сифонная клизма

3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *

4) цекостомия

5) сигмостомия

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

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома *

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

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

1) ревизия и санация раны *

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома

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

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

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

1) ревизия и санация брюшной полости

2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома

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

4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *

5) ревизия раны, наблюдение

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

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, сигмостома

3) ревизия и санация раны, цекостома

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

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

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

1) рентгенологический

2) эндоскопический

3) пальцевое ректальное исследование *

4) ангиография

5) пункция образования

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

1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *

2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

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

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

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

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

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

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

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

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

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

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

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

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

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

1) первая

2) вторая

3) третья *

4) четвертая

5) п

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

1) компенсированную

2) субкомпенсированную

3) декомпенсированную *

4) II степень

5) III степень

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

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) пальцевое исследование прямой кишки *

3) ирригография с воздухом

4) лапароскопия

5) колоноскопия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

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 4.6. Пороки развития легких. Пороки развития грудной клетки.

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

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

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

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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. А**генезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Врожденная солитарная киста легкого, легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение. Воронкообразная деформация грудной клетки, килевидная деформация грудной клетки, аномалии ребер. Диагностика, методы лечения.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- 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

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) Агенезия и аплазия легких. Клиника, диагностика, лечение, прогноз
2) Врожденная локализованная (лобарная) эмфизема. Клиника, диагностика, лечение
3) Врожденная солитарная киста легкого. Диагностика и лечение
4) Легочная секвестрация. Клиника, диагностика, лечение
5) Легочные артериовенозные свищи. Диагностика и лечение
6) Воронкообразная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика заболевания и возможных осложнений, лечение, отдаленные результаты
7) Килевидная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение
8) Редкие виды деформаций грудной клетки
9) 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 больную сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз :

1) бропхоэктазия

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.

Дополнительная:

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

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

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 4.7. Пороки развития трахеобронхиального дерева. Бронхоэктатическая болезнь.

Цель: овладение студентами знаний пороков развития трахеобронхиального дерева, бронхоэктатической болезни.

Задачи: - рассмотреть этиологию, патогенез, методы диагностики, методы обследования пороков развития трахеобронхиального дерева

- обучить методам диагностики и лечения больных спороками трахеобронхиального дерева

- изучить бронхоэктатическую болезнь; клинику, диагностику и лечение инородных тел трахеобронхиального дерева, трахеомаляцию, синдромы стенозы трахеи и бронхов

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез бронхоэктатической болезни, инородные тела бронхов, трахеомаляцию, синдромы Вильямса-Кэмбелла, Мунье-Куна, Картагенера, стенозы трахеи и бронхов.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз с применением современных методов обследования, назначить лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Инородные тела трахеобронхиального дерева. Клиника, диагностика, методы лечения. Трахеомаляция, стенозы трахеи и бронхов. Диагностика, методы лечения.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных

- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- 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

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Этиология, варианты патогенеза бронхоэктатической болезни у детей
2) Классификация бронхоэктатической болезни
3) Клиника, диагностика заболевания
4) Дифференциальная диагностика и лечение бронхоэктатической болезни
5) Бронхоскопия и бронхография. Классификация эндобронхита. Лечение
6) Инородные тела трахеобронхиального дерева у детей
7) Трахеомаляция. Клиника, диагностика, лечение
8) Синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера. Клиника, диагностика, лечение

9) Стенозы трахеи и бронхов. Трахеальный бронх. Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является :

1) улучшение общего состояния больного

2) купирование восходящего бронхита *

3) уменьшение гнойного отделяемого

4) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания

5) уменьшение количества хрипов

2. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

1) задний

2) заднебоковой

3) передний

4) боковой

5) переднебоковой *

3. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

1) заднебоковой

2) передний *

3) переднебоковой

4) задний

5) боковой

4. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:

1) передний

2) переднебоковой

3) задний

4) заднебоковой *

5) боковой

5. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:

1) на 1-3-и сутки *

2) на 4-7-е сутки

3) на 7-10-е сутки

4) на 11-14-е сутки

5) на 14-17-е сутки

6. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:

1) бронхиальное дыхание

2) альвеолярное дыхание

3) амфорическое дыхание

4) отсутствие дыхания *

5) ослабление дыхания

7. При плащевидпом плеврите (серозном) лечение предусматривает:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) пункцию плевральной полости *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) бронхоскопию

8. При пиотораксе лечение предусматривает:

1) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

2) дренирование плевральной полости по Бюлау

3) пункцию плевральной полости

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

5) бронхоскопию

9. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау

2) пункцию плевральной полости

3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

4) радикальную операцию

5) бронхоскопию

10. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

1) пункцию плевральной полости

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией *

11. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) плевральную пункцию *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5 бронхоскопию

12. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

1) 3 месяцам

2) 6 месяцам

3) 12 месяцам *

4) 2 годам

5) 5 годам

13. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом тактика лечения включает:

1) плевральную пункцию

2) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

5) выжидательную тактику

14. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищом. Ему следует рекомендовать:

1) бронхоблокаду

2) плевральную пункцию

3) дренирование плевральной полости по Бюлау *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) выжидательную тактику

15. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

1) плевральную пункцию

2) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) радикальную операцию

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией

16. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:

1) плевральную пункцию

2) дренирование плевральной полости по Бюлау

3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

4) радикальную операцию

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией

17. При фиброторакс оптимальным методом лечения является:

1) радикальная операция

2) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция *

3) плевральная пункция

4) дренирование плевральной полости

5) бронхоскопия

18. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:

1) в верхней доле правого легкого *

2) в средней доле правого легкого

3) в нижней доле правого легкого

4) в верхней доле левого легкого

5) в нижней доле левого легкого

19. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

1) наблюдение в динамике *

2) дренирование кисты

3) оперативное лечение

4) консервативное лечение

5) санаторное лечение

20. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

1) оперативное лечение в плановом порядке *

2) лечение пункциями

3) консервативное лечение

4) выжидательную тактику

5) санаторное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

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 4.8. Диафрагмальные грыжи

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

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

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

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики и лечения

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

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

2.Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Истории болезни
- 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

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 лапароторакотомии
3) из правосторонней торакотомии
4) из верхнесрединной лапаротомии *
5) из широкой срединной лапаротомии

6) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АГРЕССИВНОСТИ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) эзофагоскопия
2) манометрия
3) pH-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.

Дополнительная:

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

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

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

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 4.9. Операционный день. Тестовый контроль. Отработка практических навыков на симуляторах.

Цель: познакомить студентов с практической работой хирурга в операционной. Сдача тестового контроля, отработка практических навыков на симуляторах.

Задачи: познакомить студентов с практической работой хирурга в операционной. Ассистенции на операциях, проведение тестового контроля на бумажном носителе, отработка практических навыков на симуляторах.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение, реабилитацию больных с хирургическими заболеваниями лёгких, бронхиального дерева, диафрагмы

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: посещение операционной, ассистенции на операциях, отработка практических навыков, сдача тестового контроля

Методика тестового контроля

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

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

2. Практическая подготовка.

- Ассистенции на операциях
- Отработка практических навыков

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:

Не предусмотрены учебным планом.

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

Вопросы для самоконтроля:

1Этиология, варианты патогенеза бронхоэктатической болезни у детей
2Классификация бронхоэктатической болезни
3Клиника, диагностика заболевания
4Дифференциальная диагностика и лечение бронхоэктатической болезни
5Бронхоскопия и бронхография. Классификация эндобронхита. Лечение
6Инородные тела трахеобронхиального дерева у детей

7Трахеомаляция. Клиника, диагностика, лечение
8Синдромы Вильямса-Кэмпбелла, Мунье-Куна, Картагенера. Клиника, диагностика, лечение
9Стенозы трахеи и бронхов. Трахеальный бронх. Клиника, диагностика, лечение

Тестовый контроль:

1. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является :

1) улучшение общего состояния больного
2) купирование восходящего бронхита *
3) уменьшение гнойного отделяемого
4) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания
5) уменьшение количества хрипов

2. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

1) задний
2) заднебоковой
3) передний
4) боковой
5) переднебоковой *

3. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

1) заднебоковой
2) передний *
3) переднебоковой
4) задний
5) боковой

4. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:
1) передний
2) переднебоковой
3) задний
4) заднебоковой *
5) боковой

5. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:

1) на 1-3-и сутки *
2) на 4-7-е сутки
3) на 7-10-е сутки
4) на 11-14-е сутки
5) на 14-17-е сутки

6. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:

1) бронхиальное дыхание
2) альвеолярное дыхание
3) амфорическое дыхание
4) отсутствие дыхания *
5) ослабление дыхания

7. При плащевидпом плеврите (серозном) лечение предусматривает:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау
2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг
3) пункцию плевральной полости *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) бронхоскопию

8. При пиотораксе лечение предусматривает:

1) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

2) дренирование плевральной полости по Бюлау

3) пункцию плевральной полости

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

5) бронхоскопию

9. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау

2) пункцию плевральной полости

3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

4) радикальную операцию

5) бронхоскопию

10. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

1) пункцию плевральной полости

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией *

11. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау

2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг

3) плевральную пункцию *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5 бронхоскопию

12. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

1) 3 месяцам

2) 6 месяцам

3) 12 месяцам *

4) 2 годам

5) 5 годам

13. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом тактика лечения включает:

1) плевральную пункцию

2) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

5) выжидательную тактику

14. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищом. Ему следует рекомендовать:

1) бронхоблокаду

2) плевральную пункцию

3) дренирование плевральной полости по Бюлау *

4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5) выжидательную тактику

15. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

1) плевральную пункцию

2) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

3) дренирование плевральной полости по Бюлау

4) радикальную операцию

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией

16. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:

1) плевральную пункцию

2) дренирование плевральной полости по Бюлау

3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией *

4) радикальную операцию

5) торакоскопию с ультразвуковой санацией

17. При фиброторакс оптимальным методом лечения является:

1) радикальная операция

2) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция *

3) плевральная пункция

4) дренирование плевральной полости

5) бронхоскопия

18. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:

1) в верхней доле правого легкого *

2) в средней доле правого легкого

3) в нижней доле правого легкого

4) в верхней доле левого легкого

5) в нижней доле левого легкого

19. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

1) наблюдение в динамике *

2) дренирование кисты

3) оперативное лечение

4) консервативное лечение

5) санаторное лечение

20. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

1) оперативное лечение в плановом порядке *

2) лечение пункциями

3) консервативное лечение

4) выжидательную тактику

5) санаторное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

2018. - 688с.

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

Дополнительная:

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

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

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

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 5: Травматология и ортопедия детского возраста

Тема 5.1. Особенности повреждений опорно-двигательного аппарата у детей.

Цель: овладение студентами знаний повреждений опорно-двигательного аппарата у детей

Задачи: - рассмотреть анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата у детей

- обучить методам диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата у детей

- изучить поднадкостничные переломы, переломы по типу “зеленой веточки”, эпифизиолизы, апофизиолизы, переломовывихи. Особенности консолидации и лечения различных повреждений у детей.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата у детей, поднадкостничные переломы, переломы по типу “зеленой веточки”, эпифизиолизы, апофизиолизы, переломовывихи. Особенности консолидации и лечения различных повреждений у детей.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз с применением необходимых методов диагностики, читать рентгенограммы

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, определять показания для оперативной коррекции и консервативного ведения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия** : Анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата у детей. Поднадкостничные переломы костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Переломы по типу “зеленой веточки”, эпифизиолизы, апофизиолизы, переломовывихи. Клиника, диагностика, лечение. Особенности консолидации и лечения различных повреждений у детей.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- 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:

ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

1) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
2) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
3) гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
4) гипсовой лонгетой от плюснефаланговых суставов до средней трети бедра*
5) циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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. Анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата у детей
2. Поднадкостничные переломы костей у детей. Клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
3. Эпифизиолизы, апофизиолизы костей у детей. Клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
4. Переломовывихи в детской практике. Биомеханизм, виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
5. Родовая травма. Наиболее частые виды (перелом плеча, ключицы, бедра, кефалогематома, травмы паренхиматозных органов и органов мошонки), клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИЗ ВИДОВ ТРАВМАТИЗМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕОБЛАДАЕТ
1) бытовой *
2) уличный
3) школьный
4) спортивный
5) прочий

2. В ТЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ (правильная последовательность)
1) острая токсемия
2) септикопиемия
3) ожоговый шок
4) реконвалесценция

3124

3. ИЗ ВИДОВ БЫТОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПРЕОБЛАДАЮТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
1) Повреждения*
2) ожоги

3) инородные тела
4) отравления
5) огнестрельные повреждения

4. МАЛЫМ СЕГМЕНТОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ЕГО ОТЧЛЕНЕНИИ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ДИСТАЛЬНЕЕ
1) уровня плюснефалангового сустава
2) уровня голеностопного сустава*
3) уровня коленного сустава
4) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от предполагаемого веса конечности
5) уровня средней и нижней трети голени

5. ПРАВИЛЬНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА ОТЧЛЕНЕННОГО СЕГМЕНТА КОНЕЧНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1) в емкости, наполненной водой температуры 36°С, и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента
2) в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°С *
3) не имеет значения
4) при отрицательной температуре
5) при температуре около 40°С

6. КРУПНЫМ СЕГМЕНТОМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТЧЛЕНЕНИИ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ
1) уровня лучезапястного сустава*
2) уровня средней и нижней трети предплечья
3) уровня локтевого сустава
4) уровня пястно-фалангового сустава
5) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет более 15% от веса конечности

7. МАЛЫМ СЕГМЕНТОМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТЧЛЕНЕНИИ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ДИСТАЛЬНЕЕ
1) уровня пястно-фалангового сустава
2) уровня лучезапястного сустава*
3) уровня локтевого сустава
4) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от веса конечности
5) уровня средней и нижней трети предплечья

8. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
1) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
2) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
3) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
4) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча *
5) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава

9. ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
1) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
2) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
3) гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
4) гипсовой лонгетой от плюснефаланговых суставов до средней трети бедра*
5) циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава

10. ПЕРВИЧНЫЙ НАИБОЛЕЕ ОБЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАРУШЕНИЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШОКЕ, СОСТОИТ

1) в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью
2) в "вегетативной буре", с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза
3) в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей
4) в острой дыхательной недостаточности
5) в нарушении центральной гемодинамики *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 5.2. Повреждения верхних конечностей и плечевого пояса у детей.

Цель: овладение студентами знаний повреждения верхних конечностей и плечевого пояса у детей

Задачи: - рассмотреть виды переломов верхней конечности, ключицы, лопатки и сочетанных повреждений, сроки и методы консервативного и оперативного лечения

- обучить способам диагностики

- изучить методы лечения переломов

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: виды повреждений верхних конечностей у детей

Обучающийся должен уметь: диагносцировать повреждение, читать рентгенограммы

Обучающийся должен владеть: современными методами лечения, определять показания к оперативной коррекции и консервативному ведению.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Переломы плечевой кости у детей. Виды, клиника, диагностика и лечение. Переломы локтевой и лучевой костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Переломы ключицы. Клиника, диагностика, лечение. Родовые повреждения верхних конечностей и плечевого пояса. Виды, клиника, диагностика и лечение.
2. **Практическая подготовка.**
   - Курация больных
   - Разбор клинических больных
   - Отработка практических навыков
   - Знакомство с историями болезней
   - Изучение лабораторных данных
3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач
- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Переломы плечевой кости. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
2. Переломы локтевой и лучевой костей, сочетанные повреждения костей предплечья. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
3. Переломы ключицы. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
4. Родовые повреждения верхних конечностей и плечевого пояса. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование

2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух

3) с противошоковой целью ввести наркотики

4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается

5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза *

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

1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей *

2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения

3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков

4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации

5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОДОВОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

2) проксимальный эпифиз плечевой кости

3) дистальный эпифиз плечевой кости*

4) проксимальный эпифиз бедренной кости

5) дистальный эпифиз бедренной кости

6) проксимальный эпифиз большеберцовой кости

4. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РОДОВОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

7) деструкция метафиза плечевой кости
8) наличие видимого костного отломка
9) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья*
10) видимая костная мозоль
11) луковичный периостит

5. РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РОДОВОМ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

1) открытое направление
2) вытяжение по Шеде
3) вытяжение по Блаунту
4) вправление закрытое
5) закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки*

6. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ВКЛЮЧАЕТ

1) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
2) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
3) вытяжение по Блаунту
4) вытяжение по Шеде*
5) лечения не требуется

7. ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ БЕЗ СУЩЕСТВЕННОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематома в области плечевого сустава
2) крепитация отломков
3) гемипарез
4) реакция на болевое ощущение при пеленании*
5) нарушение кровообращения

8. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) фиксация ручки к туловищу ребенка
2) лейкопластырное вытяжение
3) гипсовая повязка
4) повязка Дезо
5) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча 90° и сгибанием предплечья в локтевом суставе 90° *

9. КРИТЕРИЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ РОДОВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) степень нарушения мозгового кровообращения *
2) размеры родовой опухоли на голове
3) наличие кефалогематомы
4) переломы черепа
5) степень смещения костей черепа

10. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПА И ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ ПРИ РОДАХ, ВКЛЮЧАЕТ

1) лечения не требует
2) интенсивную инфузионную терапию
3) хирургическую коррекцию методом репозиции*
4) резекционную трепанацию черепа
5) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

1) печень, селезенка*
2) тонкая кишка

3) толстая кишка
4) мочевой пузырь
5) почки

12. ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА СТАРШЕ 10 ЛЕТ, ИМЕВШЕГО МЕНЕЕ 3 ПРИВИВОК, ПОСЛЕДНЯЯ ИЗ КОТОРЫХ СДЕЛАНА ЗА 2 ГОДА ДО ТРАВМЫ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

1) анатоксин столбнячный и противостолбнячную сыворотку
2) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
3) противостолбнячную сыворотку
4) анатоксин столбнячный*
5) ничего из перечисленного

13. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей*
2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
5) ушиб мягких тканей головы

14. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию*
2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
5) гемипарез при ясном сознании

15. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности*
4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
5) тетраплегия, ясное сознание

16. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) потеря сознания
2) очаговая неврологическая симптоматика
3) многократная рвота
4) ото-рино-ликворея*
5) кровотечение из носа и уха

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1) в средней трети*
2) в зоне клювовидного отростка
3) на границе средней и медиальной трети ключицы
4) на границе средней и латеральной трети ключицы
5) у стернального конца ключицы

18. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) повязка Дезо *
2) торакобрахиальная повязка
3) шино-гипсовая 8-образная повязка
4) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому – Карпенко
5) фиксация не требуется

19. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ

1) падение на локоть или кисть приведенной или отведенной руки *
2) прямой удар в среднюю треть предплечья
3) резкий рывок за руку
4) падение на бок при приведенной руке
5) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке

20. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) клиническое и рентген*
2) рентген и УЗИ
3) УЗИ и артроскопия
4) ЯМР и радиоизотопное исследование
5) артропневмография

21. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
2) репозицию и фиксацию на отводящей шине
3) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
4) скелетное вытяжение
5) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом *

22. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ С УСТРАНЕНИЯ

1) ротационного смещения*
2) смещения по ширине
3) смещения по длине
4) углового смещения
5) смещения по ширине и длине

23. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОВЕДЕНИЯ СПИЦЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ

1) дистальный конец плечевой кости
2) локтевой отросток локтевой кости*
3) дистальный метафиз лучевой кости
4) диафиз плечевой кости
5) скелетное вытяжение не применяют

24. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

6) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости*
7) при метафизарных повреждениях плечевой кости
8) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости
9) при диафизарных повреждениях плечевой кости
10) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

25. ЗАДНИЙ ВЫВИХ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ВОЗНИКАЕТ

1) при падении на локоть согнутой руки
2) при падении на локоть разогнутой руки
3) при падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе*
4) при падении на отведенную руку
5) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки

26. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖИ - ЭТО

1) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
2) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
3) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья

4) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
5) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке*

27.ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ ГАЛЕАЦЦИ - ЭТО

1) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом лучевой в верхней трети - на другой
2) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
3) перелом лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке*
4) вывих локтевой кости с переломом лучевой в средней трети
5) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

28.ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ФИКСИРОВАННОГО ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ БУДЕТ

1) сгибание под углом 45^0
2) разгибание в локтевом суставе предплечья
3) сгибание под углом 135^0 *
4) максимальное сгибание предплечья
5) сгибание и внутренняя ротация предплечья

29.ПРИ ЗАКРЫТОЙ РУЧНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХА МОНТЕДЖИ ДО ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ СЛЕДУЕТ

1) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости*
2) достаточно репозиции локтевой кости
3) достаточно вправить головку луча
4) репозиция локтевой кости и вправление головки луча
5) достаточно тракции по оси

30.АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением
2) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением
3) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением
4) перелом двух костей предплечья на разных уровнях
5) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности*

31.ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ ЗОНЫ РОСТА И РАЗВИТИЕ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В СЛУЧАЕ

1) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
2) перелома проксимального эпифиза
3) остеоэпифизеолиза со смещением
4) эпифизеолиза со смещением
5) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза*

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

Травматология и ортопедия детского возраста: учеб. пособие /под. ред. М.П. Разина, И.В.

Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

Тема 5.3. Повреждения нижних конечностей, таза и позвоночника

Цель: овладение студентами знаний повреждений нижних конечностей, таза и позвоночника у детей

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение переломов таза, бедра, голени, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующего сколиоза

- обучить

- изучить

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение переломов таза, бедра, голени, нарушений осанки, вывихов и подвывихов позвонков, прогрессирующего сколиоза

Обучающийся должен уметь: читать рентгенограммы, накладывать фиксирующие повязки

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика и лечение. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Повреждения позвонков. Клиника, диагностика, лечение. Родовые повреждения нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика и лечение.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ

1) на грудь
2) на спину*
3) на ягодицы
4) на ноги
5) на голову

3. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

1) локальная болезненность, деформация
2) болезненность при осевой нагрузке
3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*
4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика
5) нарушение функции тазовых органов

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

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

5. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА
1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *
2) на спине с выпрямленными конечностями
3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами
4) на боку с выпрямленными конечностями
5) нет типичных позиций

6. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН
1) для перелома крыла подвздошной кости
2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *
4) для отрыва передне-верхней ости
5) для отрыва передне-нижней ости

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Переломы бедра. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
2. Переломы большеберцовой и малоберцовой костей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
3. Переломы костей таза. Виды, классификация, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
4. Повреждения (вывихи, подвывихи, переломы) позвонков. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
5. Прогрессирующий сколиоз. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм
6. Родовая травма нижних конечностей. Виды, клиника, диагностика, лечение, чтение рентгенограмм

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФИКСИРОВАТЬ ПАЛЕЦ ПРИ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ СЛЕДУЕТ
1) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах
2) при переразгибании в суставах пальца
3) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе и разгибания в проксимальном
4) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном ("писчего пера")*
5) при максимальном сгибании во всех суставах пальца

7. ПРИ РАНЕНИИ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА СВОДИТСЯ

1) к наложению первичного шва сухожилия *
2) к лечению под мазевыми повязками
3) к гипсовой иммобилизации
4) к фиксации в металлической шине Розова
5) к лейкопластырной повязке

8. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ, ФИКСИРОВАННОГО В ГИПСЕ, ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА СРЕДНЕЙ ИЛИ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ БУДЕТ
1) положение максимального сгибания
2) положение максимального разгибания
3) среднефизиологическое положение *
4) положение писчего пера
5) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90 градусов

9. ПРИ ЗАДНЕМ (ПОДВЗДОШНОМ) ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ
1) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри *
2) согнута и ротирована кнаружи
3) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах
4) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи
5) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе

10. ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
1) моделированную гипсовую лонгету
2) удаление надколенника
3) стабилизирующие пластические операции*
4) надмыщелковую остеотомию бедра
5) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой

11. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИК СМЕЩЕН
1) кнаружи *
2) вниз
3) кнутри
4) кзади
5) вверх

12. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ И ОСТРОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия *
2) вправление, гипсовая лонгета
3) открытое вправление, давящая повязка
4) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы
5) закрытое вправление без иммобилизации

13. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ ПОКАЗАНО
1) при поперечном переломе с полным смещением
2) при переломе с большим угловым смещением
3) при оскольчатом переломе со значительным смещением отломка
4) при всех видах переломов *
5) не показано

14. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ МЕДИАЛЬНОГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ
1) лучевой нерв
2) локтевой нерв *
3) срединный нерв
4) мышечно-кожный нерв

5) нервы не страдают

15. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСТРАДАВШЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

1) ушивание раны, гипсовую повязку
2) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию
3) рентген-снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс *
4) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование
5) артротомию с ревизией коленного сустава

16. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ШВА СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА СОСТАВЛЯЮТ

1) 2 недели
2) 3 недели
3) 4 недели
4) 5 недель
5) 6 недель *

17. ТИПИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) форсированное отведение и наружная ротация голени*
2) форсированное приведение голени в коленном суставе
3) форсированное разгибание в суставе
4) форсированное сгибание в суставе
5) резкое отведение голени в коленном суставе

18. ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) блокада коленного сустава
2) симптом выдвижного ящика*
3) сгибательная контрактура в коленном суставе
4) разгибательная контрактура в коленном суставе
5) симптом прилипшей пятки

19. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ СО СМЕЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

1) открытую репозицию
2) открытую репозицию и остеосинтез *
3) аппаратное лечение
4) скелетное вытяжение
5) ревизию и гипсовую иммобилизацию

20. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ КАСАЮТСЯ

1) закрытых внутрисуставных переломов со смещением *
2) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени
3) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением
4) закрытых переломов с полным смещением
5) всех видов переломов со смещением отломков

21. КОНТРОЛЬНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК В ГИПСЕ ПРИ МЕТАДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

1) на 2-е сутки
2) на 3-5-е сутки
3) на 6-7-е сутки
4) на 10-14-е сутки *
5) рентгенологический контроль не обязателен

22. ДЛЯ РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА I ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА (АТЛАНТА) У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН
1) наклон головы и поворот ее в здоровую сторону *
2) поворот головы в сторону подвывиха
3) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
4) полный объем движений
5) нет характерных симптомов
23. НАЗВАНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ НОСИТ
1) сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса*
2) сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков
3) сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта
4) сустав между телами I и II шейных позвонков
5) такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет
24. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В
1) шейном отделе:
2) верхнегрудном отделе
3) среднегрудном отделе *
4) нижнегрудном отделе
5) поясничном отделе
25. ПЕРЕЛОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПАДЕНИИ
1) на грудь
2) на спину*
3) на ягодицы
4) на ноги
5) на голову
26. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО
1) локальная болезненность, деформация
2) болезненность при осевой нагрузке
3) локальная болезненность, затрудненное дыхание*
4) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика
5) нарушение функции тазовых органов
27. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ
1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
2) с помощью корсетов
3) оперативное лечение
4) одномоментную реклинацию и корсет
5) не требует лечения
28. ТИПИЧНАЯ ПОЗА ПОСТРАДАВШЕГО С КОМПРЕССИОННЫМ ОСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА
1) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами *
2) на спине с выпрямленными конечностями
3) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами
4) на боку с выпрямленными конечностями
5) нет типичных позиций
29. СИМПТОМ "ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ" ХАРАКТЕРЕН
1) для перелома крыла подвздошной кости
2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения

3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости *
4) для отрыва передне-верхней ости
5) для отрыва передне-нижней ости

30. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ "ЛЯГУШКИ" ХАРАКТЕРНО
1) при переломе обеих лонных и седалищных костей*
2) при отрывном переломе передне-верхней ости
3) при переломе тазового кольца
4) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения
5) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра

31. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗРЫВЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ УКЛАДКУ БОЛЬНОГО
1) сдавить и приподнять таз с помощью "гамачка", укрепленного на балканской раме*
2) положение "лягушки" на горизонтальной плоскости
3) скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости
4) скелетное вытяжение за обе нижние конечности по горизонтальной плоскости
5) не требует специальной укладки

32. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НЕ СТРАДАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
1) лонной и седалищной костей в диагональном варианте*
2) переднего полукольца
3) заднего отдела полукольца
4) крестцово-подвздошного сочленения
5) Мальгеня

33. ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НАРУШЕНА
1) при переломе лонной кости
2) при переломе седалищной кости
3) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза*
4) при отрыве бугра седалищной кости
5) при краевых переломах подвздошной кости

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 5.4. Врождённый вывих бедра.

Цель: овладение студентами знаний врождённой патологии тазобедренного сустава

Задачи: - рассмотреть понятие дисплазии тазобедренного сустава, этиологию, классификацию.

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить особенности клиники и диагностики патологии в зависимости от возраста ребенка. Современные методы лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиологию, патогенез, классификацию заболеваний

тазобедренного сустава

Обучающийся должен уметь: методами диагностики и лечения врожденного вывиха бедра

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Понятие дисплазии тазобедренного сустава. История вопроса, этиология, патогенез, классификация. Возрастные особенности клинических проявлений дисплазии тазобедренного сустава. Сроки и методы диагностики патологии. Методы лечения дисплазии. Сроки оперативной коррекции патологии

2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм
- 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 ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1.клиническое обследование*

2.рентгенологическое обследование

3.теплографическое обследование

4.томография

5.бактериологическое обследование

ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
3) при переломе двух костей голени в средней трети
4) при переломе малоберцовой кости
5) при переломе межмыщелкового возвышения

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. торсия позвонков
2. слабость мышечного корсета
3. асимметрия уровня расположения лопаток
4. разница треугольников талии
5. круглая спина*

4. **Задания для групповой работы**

Не предусмотрены

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. Понятие дисплазии тазобедренного сустава.
2. История вопроса, этиология, патогенез, классификация.
3. Возрастные особенности клинических проявлений дисплазии тазобедренного сустава.
4. Сроки и методы диагностики патологии.
5. Методы лечения дисплазии.
6. Сроки оперативной коррекции патологии
3. Проверить свои знания с помощью тестового контроля

Тестовый контроль

5. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

1) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей *
2) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
3) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
4) невыгодное положение плода с отведением бедер
5) патология беременности

6. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) ограничение отведения бедер
2) симптом Маркса – Ортолани, соскальзывание
3) укорочение ножки*
4) асимметрия ножных складок
5) наружная ротация ножки

7. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

1) в период новорожденности *
2) в первые полгода жизни
3) до 1 года
4) показано оперативное лечение
5) в возрасте от 1 года до 3 лет

8. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОСТОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВПРАВЛЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось*
2) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным
3) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке
4) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости
5) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине

9. НЕ ЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) к асептическому некрозу головки бедренной кости
2) к шоку
3) к разрыву капсулы*
4) к скручиванию бедра
5) к нарушению кровообращения в стопах

10. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РЕКУРВАЦИИ ГОЛЕНИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин

2) ЛФК и тутор*
3) остетомию
4) остеоклазию
5) не требует лечения
11. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ
1) новорожденности
2) 1-3 года
3) 3-7 лет
4) 7-10 лет
5) не имеет значения*
12. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ
1) этапные гипсовые повязки
2) лонгеты из поливика и ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц
3) ношение ортопедической обуви
4) ЛФК, массаж
5) лечения не требует*
13. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ
1) при затухающей стадии процесса*
2) при хронической форме остеомиелита
3) при свищевой форме
4) в период ремиссии
5) не менее чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления
14. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) клиническое обследование*
2) рентгенологическое обследование
3) теплографическое обследование
4) томография
5) бактериологическое обследование
15. ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
3) при переломе двух костей голени в средней трети
4) при переломе малоберцовой кости
5) при переломе межмыщелкового возвышения
16. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) торсия позвонков
2) слабость мышечного корсета
3) асимметрия уровня расположения лопаток
4) разница треугольников талии
5) круглая спина*
17. ТОТАЛЬНЫЙ КИФОЗ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ
1) у новорожденных и грудных детей
2) у детей до 3-5 лет
3) у детей от 5 до 10 лет*
4) у детей от 10 до 15 лет
5) старше 15 лет
18. ДИСХОНДРОПЛАЗИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ СКЕЛЕТА - ЭТО

1) опухоль, исходящая из хрящевой ткани*
2) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща
3) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте
4) заболевание воспалительного характера
5) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ДИСХОНДРОПЛАЗИЕЙ (БОЛЕЗНЬ ОЛЬЕ)
1) Позвоночник*
2) кости предплюсны
3) кости таза, бедренные и плюсневые кости
4) пальцы кисти, стопы, поясничные кости
5) кости черепа

20. ПОНЯТИЕ "МЕТАФИЗАРНАЯ ФОРМА ХОНДРОДИСПЛАЗИИ" - ЭТО
1) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте
2) злокачественное образование кости
3) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения*
4) злокачественная опухоль хрящевого происхождения
5) рахитоподобное заболевание

21. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ВЫРАЖАЮТСЯ
1) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами*
2) искривлением конечностей типа пастушьей палки
3) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления
4) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах
5) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов

22. ОТНОСЯТСЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОПДРОДИСПЛАЗИИ
1) зоны роста не расширены
2) эпифизы имеют нормальный вид
3) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены*
4) резко склерозированы кости основания черепа
5) овальные очаги разрежения штампованной формы, "луковичный" периости

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

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

Тема 5.6. Косолапость, кривошея, остеохондропатии

Цель: овладение студентами знаний заболеваний – косолапость, кривошея, остеохондропатии

Задачи: - рассмотреть диагностику и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной коррекции, Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера. Подготовка и тестирование

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить рентгенологическую диагностику остеохондропатий и методы лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: рассмотреть диагностику и лечение косолапости и кривошеи, сроки оперативной коррекции Болезни Шейермана-Мау, Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Косолапость. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции. Врожденная кривошея. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции. Остеохондропатии у детей. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции (Легга – Кальве- Пертеса, Осгуда- Шляттера, Шейермана – Мау). Искривление позвоночника у детей. Принципы диагностики и лечения.

2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
4) щель просветления между апофизами остистых отростков
5) нет характерного признака

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ

2) в первые месяцы жизни
3) в первый год жизни*
4) до 3 лет
5) 3-5 лет
6) после 5 лет

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) нет абсолютных показаний
2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
3) лучевая косорукость*
4) локтевая косорукость
5) нарушение функции в локтевом суставе

4. **Задания для групповой работы**

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Врожденная косолапость. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции, чтение рентгенограмм
2. Врожденная кривошея. Виды, клиника, диагностика, лечение, сроки и способы оперативной коррекции, чтение рентгенограмм
3. Остеохондропатии у детей. Анатомо-физиологические предпосылки, виды, классификация, стадии течения, клиника, диагностика, лечение наиболее частых форм (Легга-Кальве-Пертеса, Осгуда-Шляттера, Шейермана-Мау), чтение рентгенограмм.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
1) дисплазия тазобедренного сустава *
2) врожденная косорукость
3) амниотические перетяжки
4) патологический вывих бедра
5) болезнь Клиппеля – Фейля
2. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ
1) дисфункция созревания
2) дисфункция роста*
3) внутриутробная инфекция
4) неправильное внутриутробное развитие
5) тератогенное воздействие
3. РАЦИОНАЛЬНЫМ ПУТЕМ УПРАВЛЕНИЯ СОЗРЕВАНИЕМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) хирургический, паллиативный
2) ортопедические приемы
3) хирургическая реконструкция
4) хирургический + медикаментозный
5) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание*
4. ВЕЛИЧИНА ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО УГЛА (БЕЛЕРА) В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
1) до 10
2) от 10 до 20
3) от 30 до 40*
4) от 45 до 90
5) 135
23. ВРОЖДЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
1) к миогенной деформации*
2) к десмогенной деформации
3) к неврогенной деформации
4) к дермо-десмогенной деформации
5) к конституционной деформации
24. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ
1) порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2) травма при родах*

3) неправильное положение плода
4) воспалительная теория
5) ишемия сердца*

25. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
1) в первые 3-5 дней после рождения*
2) на 10-14-й день после родов
3) в месячном возрасте
4) в 3-месячном возрасте
5) клинические симптомы в этот период не выражены

26. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ ВЫРАЖАЕТСЯ
1) наклоном головы в сторону пораженной мышцы
2) поворотом головы в здоровую сторону
3) поворотом головы в пораженную сторону
4) наклоном головы в здоровую сторону
5) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную*

27. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
1) с момента рождения*
2) в 2-недельном возрасте
3) с 2-5 месяцев
4) с 0,5-1 года
5) после 1 года

28. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО
1) до 5 месяцев
2) до 1 года
3) до 2 лет
4) до 3 лет*
5) в 3-4 года

29. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) нарастающая асимметрия лица и шеи *
2) нарушение осанки
3) нарушение остроты зрения
4) стробизм сходящийся и расходящийся
5) нарушения осанки и зрения

30. СКОЛИОЗ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ
1) при сутулой спине
2) при прямой спине
3) при усилении лордоза*
4) при плоской спине
5) при сутулой спине с лордозом

31. ПОНЯТИЕ "СПОНДИЛОЛИЗ" ОЗНАЧАЕТ
1) отсутствие костного сращения дужек с телом*
2) расщепление тел позвонков
3) изменение форм позвонков фронтальное
4) изолированное смещение тел позвонков
5) изменение форм позвонков сагиттальное

32. ПОНЯТИЕ "ПЕРЕХОДЯЩИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ ПОЗВОНОК" (ПО ШМОРЛЮ) ОЗНАЧАЕТ
1) Люмбализацию*
2) сакрализацию
3) люмбализацию, сакрализацию

4) деформацию поясничных позвонков
5) деформацию крестцового позвонка
33. ПОНЯТИЕ "ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ" ОЗНАЧАЕТ
1) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового*
2) сращение нескольких поясничных позвонков
3) добавочный клиновидный поясничный позвонок
4) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12
5) расщепление тела поясничного позвонка
34. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
4) щель просветления между апофизами остистых отростков
5) нет характерного признака
35. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ
1) в первые месяцы жизни
2) в первый год жизни*
3) до 3 лет
4) 3-5 лет
5) после 5 лет
36. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1) нет абсолютных показаний
2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
3) лучевая косорукость*
4) локтевая косорукость
5) нарушение функции в локтевом суставе
37. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 5-6 ЛЕТ
1) абсолютные*
2) искривление лучевой кости более 40°
3) болевые ощущения
4) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста
5) ограничение ротационных движений
38. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОРУКОСТИ (КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА КОСТИ) СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) в первые месяцы жизни*
2) до 3 лет
3) в 3-5 лет
4) в 5-7 лет
5) в 10-12 лет
39. ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА – ЭТО
1) штыкообразная деформация кисти и предплечья *
2) лучевая косорукость
3) локтевая косорукость
4) укорочение костей предплечья
5) сгибательная контрактура
40. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ

1) из приведения, супинации и подошвенного сгибания*
2) из отведения, супинации и подошвенного сгибания
3) из приведения, пронации и тыльного сгибания
4) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
5) из эквинусной установки стопы

41. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

1) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей *
2) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
3) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
4) невыгодное положение плода с отведением бедер
5) патология беременности

42. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) ограничение отведения бедер
2) симптом Маркса – Ортолани, соскальзывание
3) укорочение ножки*
4) асимметрия ножных складок
5) наружная ротация ножки

43. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

1) в период новорожденности *
2) в первые полгода жизни
3) до 1 года
4) показано оперативное лечение
5) в возрасте от 1 года до 3 лет

44. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОСТОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВПРАВЛЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось*
2) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным
3) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке
4) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости
5) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине

45. НЕ ЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) к асептическому некрозу головки бедренной кости
2) к шоку
3) к разрыву капсулы*
4) к скручиванию бедра
5) к нарушению кровообращения в стопах

46. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РЕКУРВАЦИИ ГОЛЕНИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин
2) ЛФК и тутор*
3) остетомию
4) остеоклазию
5) не требует лечения

47. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ
1) новорожденности
2) 1-3 года
3) 3-7 лет
4) 7-10 лет
5) не имеет значения*
48. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ
1) этапные гипсовые повязки
2) лонгеты из поливика и ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц
3) ношение ортопедической обуви
4) ЛФК, массаж
5) лечения не требует*
49. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ
1) при затухающей стадии процесса*
2) при хронической форме остеомиелита
3) при свищевой форме
4) в период ремиссии
5) не менее чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления
50. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) клиническое обследование*
2) рентгенологическое обследование
3) теплографическое обследование
4) томография
5) бактериологическое обследование
51. ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
3) при переломе двух костей голени в средней трети
4) при переломе малоберцовой кости
5) при переломе межмыщелкового возвышения
52. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) торсия позвонков
2) слабость мышечного корсета
3) асимметрия уровня расположения лопаток
4) разница треугольников талии
5) круглая спина*
53. ТОТАЛЬНЫЙ КИФОЗ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ
1) у новорожденных и грудных детей
2) у детей до 3-5 лет
3) у детей от 5 до 10 лет*
4) у детей от 10 до 15 лет
5) старше 15 лет
54. ДИСХОНДРОПЛАЗИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ СКЕЛЕТА - ЭТО
1) опухоль, исходящая из хрящевой ткани*
2) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща
3) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте
4) заболевание воспалительного характера

5) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ДИСХОНДРОПЛАЗИЕЙ (БОЛЕЗНЬ ОЛЬЕ)

1) Позвоночник*
2) кости предплюсны
3) кости таза, бедренные и плюсневые кости
4) пальцы кисти, стопы, поясничные кости
5) кости черепа

56. ПОНЯТИЕ "МЕТАФИЗАРНАЯ ФОРМА ХОНДРОДИСПЛАЗИИ" - ЭТО

1) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте
2) злокачественное образование кости
3) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения*
4) злокачественная опухоль хрящевого происхождения
5) рахитоподобное заболевание

57. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ВЫРАЖАЮТСЯ

1) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами*
2) искривлением конечностей типа пастушьей палки
3) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления
4) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах
5) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов

58. ОТНОСЯТСЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОПДРОДИСПЛАЗИИ

1) зоны роста не расширены
2) эпифизы имеют нормальный вид
3) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены*
4) резко склерозированы кости основания черепа
5) овальные очаги разрежения штампованной формы, "луковичный" периостит

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 5.7. Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Зачетное занятие.

Цель: познакомить студентов с практической работой хирурга в операционной. Оценка знаний, умений, навыков и контроль освоения результатов.

Задачи: ассистенции на операциях, проведение тестового контроля на бумажном носителе, отработка практических навыков на симуляторах.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение, вопросы реабилитации ортопедических больных

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: ассистенции на операциях, проведение тестового контроля на бумажном носителе, отработка практических навыков на симуляторах.

Проведение тестового контроля на бумажном носителе

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

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.

2. Практическая подготовка.

- Ассистенции на операциях
- Отработка практических навыков

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:

ВРОЖДЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

1) к миогенной деформации*
2) к десмогенной деформации
3) к неврогенной деформации
4) к дермо-десмогенной деформации
5) к конституционной деформации

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

6) порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
7) травма при родах*
8) неправильное положение плода
9) воспалительная теория
10) ишемия сердца*

ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

11) в первые 3-5 дней после рождения*
12) на 10-14-й день после родов
13) в месячном возрасте
14) в 3-месячном возрасте
15) клинические симптомы в этот период не выражены

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

6) дисплазия тазобедренного сустава *
7) врожденная косорукость
8) амниотические перетяжки
9) патологический вывих бедра
10) болезнь Клиппеля – Фейля

6. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

6) дисфункция созревания
7) дисфункция роста*
8) внутриутробная инфекция
9) неправильное внутриутробное развитие
10) тератогенное воздействие

7. РАЦИОНАЛЬНЫМ ПУТЕМ УПРАВЛЕНИЯ СОЗРЕВАНИЕМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

6) хирургический, паллиативный
7) ортопедические приемы
8) хирургическая реконструкция
9) хирургический + медикаментозный
10) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание*

8. ВЕЛИЧИНА ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО УГЛА (БЕЛЕРА) В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

6) до 10
7) от 10 до 20
8) от 30 до 40*
9) от 45 до 90
10) 135

59. ВРОЖДЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

1) к миогенной деформации*
2) к десмогенной деформации
3) к неврогенной деформации
4) к дермо-десмогенной деформации
5) к конституционной деформации

60. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

1) порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2) травма при родах*
3) неправильное положение плода
4) воспалительная теория
5) ишемия сердца*

61. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

1) в первые 3-5 дней после рождения*
2) на 10-14-й день после родов
3) в месячном возрасте
4) в 3-месячном возрасте
5) клинические симптомы в этот период не выражены

62. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ ВЫРАЖАЕТСЯ
1) наклоном головы в сторону пораженной мышцы
2) поворотом головы в здоровую сторону
3) поворотом головы в пораженную сторону
4) наклоном головы в здоровую сторону
5) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную*
63. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
1) с момента рождения*
2) в 2-недельном возрасте
3) с 2-5 месяцев
4) с 0,5-1 года
5) после 1 года
64. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО
1) до 5 месяцев
2) до 1 года
3) до 2 лет
4) до 3 лет*
5) в 3-4 года
65. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) нарастающая асимметрия лица и шеи *
2) нарушение осанки
3) нарушение остроты зрения
4) стробизм сходящийся и расходящийся
5) нарушения осанки и зрения
66. СКОЛИОЗ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ
1) при сутулой спине
2) при прямой спине
3) при усилении лордоза*
4) при плоской спине
5) при сутулой спине с лордозом
67. ПОНЯТИЕ "СПОНДИЛОЛИЗ" ОЗНАЧАЕТ
1) отсутствие костного сращения дужек с телом*
2) расщепление тел позвонков
3) изменение форм позвонков фронтальное
4) изолированное смещение тел позвонков
5) изменение форм позвонков сагиттальное
68. ПОНЯТИЕ "ПЕРЕХОДЯЩИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ ПОЗВОНОК" (ПО ШМОРЛЮ) ОЗНАЧАЕТ
1) Люмбализацию*
2) сакрализацию
3) люмбализацию, сакрализацию
4) деформацию поясничных позвонков
5) деформацию крестцового позвонка
69. ПОНЯТИЕ "ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ" ОЗНАЧАЕТ
1) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового*
2) сращение нескольких поясничных позвонков
3) добавочный клиновидный поясничный позвонок
4) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12
5) расщепление тела поясничного позвонка
70. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
4) щель просветления между апофизами остистых отростков
5) нет характерного признака
71. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ
1) в первые месяцы жизни
2) в первый год жизни*
3) до 3 лет
4) 3-5 лет
5) после 5 лет
72. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1) нет абсолютных показаний
2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
3) лучевая косорукость*
4) локтевая косорукость
5) нарушение функции в локтевом суставе
73. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 5-6 ЛЕТ
1) абсолютные*
2) искривление лучевой кости более 40°
3) болевые ощущения
4) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста
5) ограничение ротационных движений
74. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОРУКОСТИ (КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА КОСТИ) СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) в первые месяцы жизни*
2) до 3 лет
3) в 3-5 лет
4) в 5-7 лет
5) в 10-12 лет
75. ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА – ЭТО
1) штыкообразная деформация кисти и предплечья *
2) лучевая косорукость
3) локтевая косорукость
4) укорочение костей предплечья
5) сгибательная контрактура
76. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ
1) из приведения, супинации и подошвенного сгибания*
2) из отведения, супинации и подошвенного сгибания
3) из приведения, пронации и тыльного сгибания
4) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
5) из эквинусной установки стопы
77. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА
1) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей *

2) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
3) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
4) невыгодное положение плода с отведением бедер
5) патология беременности
78. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
1) ограничение отведения бедер
2) симптом Маркса – Ортолани, соскальзывание
3) укорочение ножки*
4) асимметрия ножных складок
5) наружная ротация ножки
79. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ
1) в период новорожденности *
2) в первые полгода жизни
3) до 1 года
4) показано оперативное лечение
5) в возрасте от 1 года до 3 лет
80. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОСТОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВПРАВЛЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось*
2) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным
3) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке
4) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости
5) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине
81. НЕ ЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1) к асептическому некрозу головки бедренной кости
2) к шоку
3) к разрыву капсулы*
4) к скручиванию бедра
5) к нарушению кровообращения в стопах
82. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РЕКУРВАЦИИ ГОЛЕНИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин
2) ЛФК и тутор*
3) остетомию
4) остеоклазию
5) не требует лечения
83. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ
1) новорожденности
2) 1-3 года
3) 3-7 лет
4) 7-10 лет
5) не имеет значения*
84. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ
1) этапные гипсовые повязки
2) лонгеты из поливика и ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц

3) ношение ортопедической обуви
4) ЛФК, массаж
5) лечения не требует*

85. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ
1) при затухающей стадии процесса*
2) при хронической форме остеомиелита
3) при свищевой форме
4) в период ремиссии
5) не менее чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления

86. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) клиническое обследование*
2) рентгенологическое обследование
3) теплографическое обследование
4) томография
5) бактериологическое обследование

87. ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
3) при переломе двух костей голени в средней трети
4) при переломе малоберцовой кости
5) при переломе межмыщелкового возвышения

88. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) торсия позвонков
2) слабость мышечного корсета
3) асимметрия уровня расположения лопаток
4) разница треугольников талии
5) круглая спина*

89. ТОТАЛЬНЫЙ КИФОЗ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ
1) у новорожденных и грудных детей
2) у детей до 3-5 лет
3) у детей от 5 до 10 лет*
4) у детей от 10 до 15 лет
5) старше 15 лет

90. ДИСХОНДРОПЛАЗИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ СКЕЛЕТА - ЭТО
1) опухоль, исходящая из хрящевой ткани*
2) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща
3) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте
4) заболевание воспалительного характера
5) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани

91. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ДИСХОНДРОПЛАЗИЕЙ (БОЛЕЗНЬ ОЛЬЕ)
1) Позвоночник*
2) кости предплюсны
3) кости таза, бедренные и плюсневые кости
4) пальцы кисти, стопы, поясничные кости
5) кости черепа

92. ПОНЯТИЕ "МЕТАФИЗАРНАЯ ФОРМА ХОНДРОДИСПЛАЗИИ" - ЭТО

1) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте
2) злокачественное образование кости
3) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения*
4) злокачественная опухоль хрящевого происхождения
5) рахитоподобное заболевание

93. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ВЫРАЖАЮТСЯ
1) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами*
2) искривлением конечностей типа пастушьей палки
3) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления
4) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах
5) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов

94. ОТНОСЯТСЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОПДРОДИСПЛАЗИИ
1) зоны роста не расширены
2) эпифизы имеют нормальный вид
3) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены*
4) резко склерозированы кости основания черепа
5) овальные очаги разрежения штампованной формы, "луковичный" периост

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Раздел 6: Детская урология-андрология

Тема 6.1. Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки

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

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

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

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

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: классификацию грыж живота, анатомию и топографию паховой области, детские особенности. Клинику, диагностику, тактику, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка;

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить необходимое лечение. Написать учебную историю болезни. Проводить диагностику и дифференциальную

диагностику патологии, определять сроки и показания к оперативному лечению больных.

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Классификация грыж живота. Анатомия и топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение различных видов паховых грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание учебной истории болезни
- 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 нормально протекавшей беременности и физиологических срочных родов, с массой 3880 г., закричал сразу.

Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. К груди был приложен на 2-е сутки, сосал активно. В возрасте 6 дней состояние резко ухудшилось, стал беспокойным, не сосёт, срыгивает молоком. Определяется тахикардия. Появились вздутие живота и болезненность его при пальпации. В левой паховой области определяется опухолевидное образование размером 1,5 х 1,5 см болезненное, неподвижное. При осмотре через прямую кишку получена слизь с прожилками крови. Ребенок осмотрен через 10 часов с момента начала заболевания. Вес 3700 г.

КОС: pH - 7,36, pO_2 - 78 мм рт.ст., pCO_2 - 36 мм рт.ст., BE - 1,5 ммоль/л, SB - 24 ммоль/л, Hb - 110 г/л, Ht - 50%.

Контрольные вопросы

1. *Поставить предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Тактика? План обследования.*
4. *Показанное лечение? Назначить инфузионную терапию.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

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

2) Анатомия и топография паховой области

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

4) Клиника, диагностика, диф. диагностика паховых грыж

5) Сроки и принципы оперативного лечения. Грыжесечение по Дюамелю

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

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

8) Киста семенного канатика. Диагностика, лечение

9) Синдром отечной («острой») мошонки. Понятие, классификация острых заболеваний яичка у детей. Поражения гидатид. Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*

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

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

4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах

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

2. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

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

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

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

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона

4) оперативное лечение в плановом порядке*

5) назначение гормональных препаратов

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

1) повышенным внутрибрюшным давлением

2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка*

5) инфекцией мочевыводящих путей

5. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

1) апоневроза наружной косой мышцы живота;

2) подвздошно-гребешковой связки*

3) пупартовой связки

4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц

5)поперечной фасции

6. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

1) при кисте семенного канатика;

2) при перекруте яичка;

3) при орхоэпидидимите;

4) при напряженной водянке оболочек яичка*

5) при идиопатическом отеке мошонки

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 6.2. Крипторхизм. Варикоцеле у детей.

Цель: овладение студентами знаний крипторхизма, варикоцеле у детей, изучение актуальных вопросов патологии.

Задачи: - рассмотреть аномалии развития и опускания яичка, клинику, диагностику, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Курация и разбор больных. Написание учебной истории болезни.

- обучить диагностике и видам лечения, навыкам диагностики патологии,
- изучить принципы и методы лечения.
- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: аномалии развития и опускания яичка, клинику, диагностику, показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки лечения. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Анатомо-физиологические особенности детского организма; все медицинские аспекты патологии

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение**,** написать учебную историю болезни

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения заболеваний**,** навыками дифференциальной патологии, навыками определения показаний и противопоказаний к лечению, сроков и методов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Нормальный эмбриогенез яичка и его возможные нарушения. Классификация аномалий развития и опускания яичка. Анатомия и

топография паховой области, детские особенности. Клиника, диагностика, тактика, лечение , показания к гормональному и оперативному лечению эктопии и ретенции яичка. Варикоцеле. Этиология и патогенез у детей. Клиника, диагностика, тактика, лечение патологии.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание учебной истории болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной Т., 12 лет, 10 марта пожаловался на боли в правой половине мошонки. Факт травмы отрицает. Боли постоянные, интенсивные, иррадиирующие в брюшную полость. 11 марта появился отёк и гиперемия тканей правой половины мошонки, увеличение мошонки в объёме, выраженный болевой синдром. За медицинской помощью обратился с родителями только 12 марта.

При осмотре: правая половина мошонки увеличена в объёме. Ткани её отёчны, гиперемированы. Яичко плотное, болезненное, увеличено в размерах, пальпируется у входа в мошонку.

Контрольные вопросы

1) *Ваш диагноз?*
2) *Этиология и патогенез?*
3) *Классификация?*
4) *Методы диагностики?*
5) *Социальная значимость проблемы? Лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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 яичка. Аномалии развития и опускания яичка. Патогенез. Классификация.
2) Клиника, диагностика и диф. диагностика крипторхизма.
3) Показания к гормональному и оперативному лечению. Сроки и способы низведения и фиксации яичка.

4) Варикоцеле. Этиопатогенетические варианты. Клиника, диагностика
5) Показания и способы лечения варикоцеле. Операция Иваниссевича.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

1) обработки вагинального отростка

2) полной скелетизации сосудов яичка*

3) выделения яичка единым блоком

4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

2. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика

5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

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

1) эндоваскулярная окклюзия

2) операция Иваниссевича

3) операция Паломо

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

5) тщательное урологическое обследование

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

1) наблюдениевдинамике

2) консервативная терапия

3) склеротерапия

4) операция Иваниссевича*

5) операция Винкельмана

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 6.3. Семиотика урологических заболеваний у детей. Методы обследования в детской урологии

Цель: овладение студентами знаний семиотики урологических заболеваний у детей и методов обследования в детской урологии

Задачи: - рассмотреть семиотику и ведущие синдромы в детской урологии. Методы диагностики (лабораторные, бактериологические, УЗИ, урография, КТ, пиелография, МРТ, цистоскопия, цистография, уродинамические и радиоизотопные методы)

- обучить применению методов обследования на практике

- изучить ведущие синдромы в детской урологии

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: семиотику и ведущие синдромы в детской урологии. Методы диагностики (лабораторные, бактериологические, УЗИ, урография, КТ, пиелография, МРТ, цистоскопия, цистография, уродинамические и радиоизотопные методы)

Обучающийся должен уметь: применять полученные знания на практике

Обучающийся должен владеть: методами диагностики в детской урологии

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Семиотика и ведущие синдромы в детской урологии. Методы диагностики (лабораторные, бактериологические, УЗИ, урография, КТ, пиелография, МРТ, цистоскопия, цистография, уродинамические и радиоизотопные методы)

2.Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- 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 ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз? Тератогенез порока?*
2. *Методы показанного обследования?*

3. Возможные осложнения?

4. Врачебная тактика?

5. Методы, этапы, сроки оперативного лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Эмбриогенез органов мочевой системы
2) Семиотика пороков развития и заболеваний мочевой системы (боль, изменения в анализах мочи, нарушения мочеиспускания)
3) Методы обследования ребенка: УЗИ, экскреторная урография, цистоуретрография, цистоуретроскопия, радионуклеидное исследование, цистометрия, урофлоуметрия, профилометрия, ангиография почек
4) Недержание мочи. Структура синдрома, этиология, виды, клиника различных форм, диагностика, различные методы лечения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

1) – 3-4 неделя

2) – 6-10 неделя

3) – 7-12 неделя

4) – 3-14 неделя*

5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИ ЭМБРИОГЕНЕЗА

1) – восходят и пронируются*

2)– нисходят и пронируются

3) – восходят и супинируются

4) – нисходят и супинируются

5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация

2) экскреторная урография *

3) ультразвуковое сканирование

4) радиоизотопное исследование

5) ангиореноргафия

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря

2) гидронефроза

3) пороков уретры и ПМР*

4) удвоения верхних мочевых путей

5) нефроптоза

5. ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

1) – из мезонефроса

2) – из мюллерова канала

3) – из вольфова канала *

4) – из метанефрогенной бластемы

5) – из аллантоиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО…

1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы

2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*

3)– недоразвитие собирательных канальцев

4) - несостыковка мочеточникового зачатка и урогенитального синуса

5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1) ретроградную пиелографию

2) экскреторную урографию

3) цистоскопию *

4) цистоуретрографию

5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *

2) признаки нарушения сократительной способности лоханки

3) признаки вторичного пиелонефрита

4) истончение почечной паренхимы

5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

1) – гидронефрозом

2)– поликистозом

3) – губчатой почкой

4) – гидрокаликозом

5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) пиурию

2) альбуминурию

3) микрогематурию

4) макрогематурию*

5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

1) экскреторную урографию*

2) цистографию

3) цистоскопию

4) цистометрию

5) УЗИ с определением кровотока

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Современные методы диагностики в хирургии детского возраста / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Издание второе. – Киров. – 2005. – 86 с.

Тема 6.4. Эмбриогенез мочевой системы. Классификация пороков мочевой. Пороки почек.

Цель: овладение студентами знаний нормального и патологического эмбриогенеза, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Написание учебной истории болезни.

Задачи: - рассмотреть нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек.

- обучить знанию нормального и патологического эмбриогенеза, принципам классификации урологических аномалий

- изучить пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: нормальный и патологический эмбриогенез, принципы классификации урологических аномалий. Пороки величины, количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек, наиболее часто применяемые методы урологического обследования, различные формы недержания мочи у детей.

Обучающийся должен уметь: применять знания на практике, диагностировать различные формы энуреза.

Обучающийся должен владеть: знаниями диагностики пороков почек, назначать лечение детям с различными формами энуреза

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Нормальный и патологический эмбриогенез органов мочевой системы. Принципы классификации урологических аномалий. . Пороки величины. Клиника, диагностика, лечение. Аномалии количества, положения, взаимоотношения, кистозные пороки почек. Клиника, диагностика, лечение

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, изучение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (пальпация, перкуссия и

т.д.), курация больных, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя и т.п. Написание учебной истории болезни.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки. Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Методы обследования?*
3. *Этиология, патогенез заболевания?*
4. *Классификация заболевания?*
5. *Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

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

Вопросы для самоконтроля:

1. Эмбриогенез органов мочевой системы
2. Семиотика пороков развития и заболеваний мочевой системы (боль, изменения в анализах мочи, нарушения мочеиспускания)
3. Методы обследования ребенка: УЗИ, экскреторная урография, цистоуретрография, цистоуретроскопия, радионуклеидное исследование, цистометрия, урофлоуметрия, профилометрия, ангиография почек
4. Недержание мочи. Структура синдрома, этиология, виды, клиника различных форм, диагностика, различные методы лечения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

1) – 3-4 неделя

2) – 6-10 неделя

3) – 7-12 неделя

4) – 3-14 неделя*

5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИ ЭМБРИОГЕНЕЗА

1) – восходят и пронируются*

2)– нисходят и пронируются

3) – восходят и супинируются

4) – нисходят и супинируются

5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация

2) экскреторная урография *

3) ультразвуковое сканирование

4) радиоизотопнос исследование

5) ангиореноrрафия

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря

2) гидронефроза

3) пороков уретры и ПМР*

4) удвоения верхних мочевых путей

5) нефроптоза

5.ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

1) – из мезонефроса

2) – из мюллерова канала

3) – из вольфова канала *

4) – из метанефрогенной бластемы

5) – из аллантоиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО…

1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы

2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*

3)– недоразвитие собирательных канальцев

4) - несостыковка мочеточникового зачатка и урогенитального синуса

5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1) ретроградную пиелографию

2) экскреторную урографию

3) цистоскопию *

4) цистоуретрографию

5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *

2) признаки нарушения сократительной способности лоханки

3) признаки вторичного пиелонефрита

4) истончение почечной паренхимы

5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

1) – гидронефрозом

2)– поликистозом

3) – губчатой почкой

4) – гидрокаликозом

5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) пиурию

2) альбуминурию

3) микрогематурию

4) макрогематурию*

5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

1) экскреторную урографию*

2) цистографию

3) цистоскопию

4) цистометрию

5) УЗИ с определением кровотока

Рекомендуемая литература:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 6.5. Гидронефроз. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Цель: овладение студентами знаний этиологии, клиники, диагностики, дифдиагностики врожденного гидронефроза и ПМР. Написание учебной истории болезни.**…**

Задачи: - рассмотреть этиологию, клинику, диагностику, дифдиагностику врожденного гидронефроза и ПМР.

- обучить методам диагностики и лечения гидронефроза и ПМР.

- изучить клинику, диагностику, дифдиагностику врожденного гидронефроза и ПМР.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиологию, клинику, диагностику, дифдиагностику врожденного гидронефроза и ПМР.

Обучающийся должен уметь: диагностировать различные формы врожденной патологии

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Этиология и патогенез врожденного гидронефроза. Классификация и клиника гидронефроза у детей. Диагностика и дифдиагностика врожденного гидронефроза. Лечение различных форм. Этиология и патогенез ПМР. Классификация и клиника ПМР. Диагностика и дифдиагностика ПМР. Методы лечения.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание учебной истории болезни
- 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:

Мать, купая ребёнка четырех лет, обнаружила у него в проекции брюшной полости опухолевидное образование размером 12 х 8 х 5 см, туго-эластичной консистенции, с четкими границами, гладкими краями, несколько болезненное, практически не смещаемое. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Ранее ребенка ничего не беспокоило. При амбулаторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено увеличение размеров левой почки, паренхима ее истончена, чашечно-лоханочная система левой почки дилатирована.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Рекомендуемые дополнительные исследования?*
3. *Лечебно-диагностическая тактика?*
4. *Этиология заболевания? Патогенез заболевания?*
5. *Методы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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) Агенезия почек, добавочная почка. Клиника, диагностика

2) Дистопия почек. Клиника, диагностика, лечение

3) Подковообразная, галетообразная почка. Ассиметричные формы сращений. Клиника, диагностика

4) Аплазия и гипоплазия почек. Клиника, диагностика, лечение

5) Кистозные аномалии. Виды, клиника, диагностика, лечение

6) Удвоение почек и мочеточников. Клиника, диагностика, лечение

7) Гидронефроз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и диф.диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОБСТРУКЦИЯ В ОБЛАСТИ ЛМС ВЕДЕТ К…

1) – синдрому инфравезикальной обструкции

2) – мультикистозу

3) – обструктивному уретерогидронефрозу

4) – гидронефрозу*

5) – гидрокаликозу

2. СКОПЛЕНИЕ СМЕГМЫ В ПРЕПУЦИАЛЬНОМ МЕШКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

1) срочного удаления и полного разделения синехий

2) удаления путем обведения головки

3) удаления при скоплении смегмы в больших количествах

4) удаления путем мануального перемещения смегмы наружу

5) не требует вмешательства*

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ (БЕЗ ИСКРИВЛЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ) ЯВЛЯЕТСЯ

1) новорожденные и грудные дети

2) 6 месяцев - 1 год*

3) 0-3 месяца

4) 5-6 лет

5) 7-10 лет

4. СТЕНОЗ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) – уретероцеле*

2) – гидронефрозом

3) – поликистозом

4) – синдромом инфравезикальной обструкции

5) – солитарной кистой почки

5. РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ НА ЛМС ПОДЛЕЖАТ

1) – 2 и 3 стадии уретерогидронефроза

2) – все стадии гидронефроза

3) – 2 и $3^{А}$ стадии гидронефроза*

4) – все формы гипоспадии

5) – $3^{А}$ и $3^{Б}$ стадии гидронефроза

6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) УЗИ с оценкой почечного кровотока

2) цистоуретрография

3) компьютерная томография с введением контрастного вещества*

4) экскреторная урография

5) полипозиционная цистография

7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома*

2) пиурия, гематурия, повышение температуры

3) тошнота, рвота, острая задержка мочи

4) гематурия, олигурия, почечная колика

5) боль, тошнота, пиурия

8. ПЕРВИЧНЫЙ ПМР У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1) – незаращения передней стенки уретры

2) – пороков развития МПС*

3) – хронической инфекции мочевых путей

4) – фимоза

5) – экстрофии мочевого пузыря

9. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЭТО…

1) – выпячивание слизистой мочеточника в просвет мочевого пузыря

2) – незаращение дорзальной стенки уретры

3) – пузырно-пупочный свищ

4) – нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

5)– отсутствие передней стенки мочевого пузыря и передней брюшной стенки*

10. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*

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

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

4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах

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

11. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНО-СМОРЩЕННОЙ И ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПОЧКИ РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография

2) планиметрия почки

3) почечная ангиография

4) биопсия почки

5) доплерография*

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 6.6. Аномалии урахуса, мочевого пузыря и уретры. Инфравезикальная обструкция. Недержание мочи

Цель: овладение студентами знаний аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение различных форм.

Задачи: - рассмотреть аномалии мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

- обучить применению необходимых современных методов диагностики и лечения заболеваний

- изучить этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение различных форм. Этажи регуляции мочеиспускания. Причины энуреза. Клиника, диагностика и лечение различных форм.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение аномалий мочевого протока, мочевого пузыря, уретры

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз заболевания с помощью современных методов обследования

Обучающийся должен владеть: современными методами лечения заболеваний

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Дивертикул мочевого пузыря. Этиология и патогенез, дифдиагностика и лечение. Экстрофия мочевого пузыря. Классификация и клиника. Диагностика и дифдиагностика, лечение. Гипоспадия. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение. Эписпадия. Клиника, диагностика, лечение. Синдром врожденной инфравезикальной обструкции у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение. Этажи регуляции мочеиспускания.
2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание учебной истории болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт кверху.

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2) Обструктивный и диспластический мегауретер. Клиника, диагностика, лечение
3) Мочекаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение
4) Аномалии мочевого протока. Виды, клиника, диагностика, лечение, осложнения
5) Экстрофия мочевого пузыря, клиника, диагностика, лечение
6) Синдром инфравезикальной обструкции. Виды, клиника, диагностика, лечение
7) Гипоспадия. Формы, лечение
8) Эписпадия. Формы, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ АБЕРРАНТНОМ (ДОБАВОЧНОМ) СОСУДЕ, ВЫЗЫВАЮЩЕМ ГИДРОНЕФРОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) перевязка сосудов

2) резекция нижнего полюса

3) транспозиция аберрантного сосуда

4) антевазальный уретеропиелоанастомоз*

5) лоскутная пластика

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию

2) обострение пиелонефрита

3) стеноз сформированного анастомоза*

4) камнеобразование

5) нагноение послеоперационной раны

3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

1) операцию Фолея

2) операцию Бонина

3) операцию Андерсона –Хайнса*

4) резекцию добавочного сосуда

5) уретеролизис

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) 1-2 года

2) 3-5 лет

3) 6-8 лет

4) по установлению диагноза*

5) в пубертатном периоде

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) 2-3-и сутки жизни*

2) 1-3 года

3) 4-5 лет

4) 6-8 лет

5) 9-15 лет

6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА

1) для удвоения почки

2) для гидронефроза

3) для нефроптоза

4) для разрыва почки*

5) для туберкулеза

7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома

2) пиурия, гематурия

3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогих местах, олигурия*

4) перелом костей таза, острая задержка мочи

5) почечная колика

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография

2) цистоскопия

3) цистография*

4) катетеризация мочевого пузыря

5) хромоцистоскопия

9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематурия

2) пиурия

3) острая задержка мочи*

4) дизурия

5) альбуминурия

10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

1) при цистоскопии

2) при антеградной урографии

3) при микционной цистоуретрографии*

4) при урофлоуметрии

5) при цистометрии

11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

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

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 6.7. Воспалительные заболевания мочевой системы. Мочекаменная болезнь

Цель: овладение студентами знаний обструктивного пиелонефрита. Гнойная почка. Цистит. Баланопостит. Гангрена мошонки. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Написание учебной истории болезни.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику и лечение обструктивного пиелонефрита. Гнойная почка. Цистит. Баланопостит. Гангрена мошонки- обучить методам диагностики и лечения заболеваний

- изучить . Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: заболевания - обструктивный пиелонефрит. Гнойная почка. Цистит. Баланопостит. Гангрена мошонки. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**: Обструктивный пиелонефрит у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Гнойная почка у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Цистит у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Баланопостит у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Гангрена мошонки. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение. Мочекаменная болезнь у детей. Этиология патогенез, клиника , диагностика, лечение.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков

- Написание учебной истории болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

К Вам на прием обратились родители с больным ребенком. У мальчика 10-ти лет резко затруднено мочеиспускание, выраженная интоксикация, лихорадка, в анализах мочи определяется выраженная лейкоцитурия, бактериурия. Над лоном выявляется эластичное опухолевидное округлое образование. Пальпация области обеих почек болезненна, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон. Выяснено, что ребенок страдает затруднённым мочеиспусканием с рождения, периодически «беспричинно температурит».

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Методы обследования?*
4. *Анализ диагностических ошибок?*
5. *Профильный стационар? Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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) Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение
2) Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
3) Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
4) Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры
5) Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

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

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона
4) оперативное лечение в плановом порядке*
5) назначение гормональных препаратов

2. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

1) опасностью восходящей инфекции мочевых путей
2) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря
3) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями в старшем возрасте
4) возможностью сведения лонных костей без проведения остеотомии*
5) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе

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

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

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

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

5. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

8. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие кист в паренхиме обеих почек*
2) увеличение почек в размерах

3) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны

4) деформация чашечно-лоханочного комплекса

5) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочпой системы

9. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек
2) нечеткость контура поврежденной почки

3) увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока на УЗИ*

4) эхо-признаки выпота в брюшной полости

5) нечеткость рисунка исследуемой почки

10. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению

2) увеличение почки в размерах и кистозные включения

3) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы
4) деформация чашечно-лоханочной системы*

5) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы

11. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ
1) апоневроза наружной косой мышцы живота;

2) подвздошно-гребешковой связки*

3) пупартовой связки

4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц

5)поперечной фасции

12. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

1) при кисте семенного канатика;
2) при перекруте яичка;

3) при орхоэпидидимите;

4) при напряженной водянке оболочек яичка*

5) при идиопатическом отеке мошонки

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 6.8. Операционный день. Отработка практических навыков на симуляторах. Защита ИБ. Тестовый контроль

Цель: ознакомить студентов с оперативными вмешательствами на органах мочевыделительной системы. Оперативный доступ люмботомия. Отработка практических навыков на симуляторах. Защита историй болезни.

Задачи: - рассмотреть послойный доступ к почке, лоханке, мочеточнику.

- обучить методикам доступа к органам мочевыделительной системы

- изучить методы курация больных, заполнение медицинской документации

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: анатомию и топографическую анатомию органов мочевыделительной системы

Обучающийся должен уметь: собрать анамнез, поставить диагноз заболевания с применением практических навыков, написать учебную историю болезни и доказать правильность поставленного диагноза

Обучающийся должен владеть: практическими навыками в диагностике заболеваний мочевыделительной системы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Обоснование диагноза курируемого больного. Правила заполнения медицинской документации. Тестирование по циклу на бумажном носителе.

4. Практическая подготовка.

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

Тестирование:

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.

Защита истории болезни

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная Г., 2 лет, с родителями обратилась на прием к детскому урологу. Из анамнеза известно, что с рождения родители отмечают постоянно сырые трусики у ребёнка, истечение мочи не бывает связано с актом мочеиспускания, кроме того беспокоят частые воспалительные изменения кожи в области наружных половых органов.

Консультирована в поликлинике детским гинекологом. На приёме у гинеколога при осмотре в преддверие влагалища выявлено точечное отверстие, из которого выделяются капли мочи.

Контрольные вопросы

1) *Поставьте диагноз.*

2) *Ваша тактика?*

3) Дополнительные методы диагностики?

4) Этиология и патогенез?

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.

Написание учебной истории болезни.

Комплект заданий по написанию учебной истории болезни

- Ежедневная курация больных
- Участие в перевязках, присутствие на операциях
- Дискуссии в микрогруппах по курируемым больным
- Консультации с преподавателем по методам диагностики и лечения
- Работа с медицинской картой стационарного больного
- Написание учебной истории болезни
- Ее проверка и защита

Обязательные разделы учебной истории болезни

1. Титульный лист.
2. Общие сведения о больном.
3. Жалобы больного на момент поступления в стационар.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Данные объективного обследования (состояние, развитие, л/узлы, мышечная система, костная система, голова, шея, грудные железы, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система).
7. Локальный статус.
8. Предварительный диагноз.
9. План обследования больного.
10. Дифференциальный диагноз.
11. Развернутый клинический диагноз.
12. Этиология и патогенез заболевания.
13. Лечение.
14. Дневники курации.
15. Предоперационный эпикриз.
16. Протокол операции.
17. Дневник после операции.
18. Эпикриз.
19. Прогноз.
20. Использованная литература.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение
2. Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
3. Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
4. Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры

4Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

3.Проверить свои знания с помощью тестового контроля

Тестовый контроль:

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

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона

4) оперативное лечение в плановом порядке*

5) назначение гормональных препаратов

2. НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

1) опасностью восходящей инфекции мочевых путей

2) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря

3) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями в старшем возрасте

4) возможностью сведения лонных костей без проведения остеотомии*

5) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе

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

1) повышенным внутрибрюшным давлением

2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка*

5) инфекцией мочевыводящих путей

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

1) обработки вагинального отростка

2) полной скелетизации сосудов яичка*

3) выделения яичка единым блоком

4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

5. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика

5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

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

1) эндоваскулярная окклюзия

2) операция Иваниссевича

3) операция Паломо

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

5) тщательное урологическое обследование

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

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

8. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) наличие кист в паренхиме обеих почек*
2) увеличение почек в размерах
3) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны
4) деформация чашечно-лоханочного комплекса
5) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочпой системы

9. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек
2) нечеткость контура поврежденной почки
3) увеличение паранефральной гематомы и нарушение кровотока на УЗИ*
4) эхо-признаки выпота в брюшной полости
5) нечеткость рисунка исследуемой почки

10. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению
2) увеличение почки в размерах и кистозные включения
3) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы
4) деформация чашечно-лоханочной системы*
5) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы

11. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ
1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
2) подвздошно-гребешковой связки*
3) пупартовой связки
4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
5)поперечной фасции

12. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА
1) при кисте семенного канатика;
2) при перекруте яичка;
3) при орхоэпидидимите;
4) при напряженной водянке оболочек яичка*
5) при идиопатическом отеке мошонки

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. Детская урология-андрология: Учебное пособие. - М.:

Раздел 7: Онкология детского возраста.

Тема 7.1. Опухоли и кисты брюшной полости и забрюшинного пространства

Цель: овладение студентами знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, пожелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы. Защита учебной истории болезни.

Задачи: - рассмотреть клинику, диагностику, лечение опухолей и кист печени, пожелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников.

- обучить методам диагностики онкологических больных

- изучить нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: знаний клиники, диагностики, лечению опухолей и кист печени, пожелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия. К**линика, диагностика, лечение опухолей и кист печени, пожелудочной железы, желудка, тонкого и толстого кишечника, почек, надпочечников. Нейро- и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства, тератомы

2. **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание истории болезни.
- Изучение лабораторных данных

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная М., поступила 27.06.01г с жалобами на боли в животе, метеоризм и затруднение дефекации. Считает себя больной в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что заболевание началось с адинамии, отсутствия аппетита, похудания, дисфункции кишечника, проявляющейся учащением акта дефекации (3-4 раза в сутки) с жидким стулом и примесью слизи, эпизодически чередующимся с запорами. Лечение симптоматическими средствами было неэффективным.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела $37{,}4^0$ С. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые, бледные. Язык влажный, обложен белым налётом. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области, при глубокой пальпации в илеоцекальном

углу определяется опухолевидное образование продолговатой формы, плотной консистенции, малоподвижное, размером 12×8 см. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула прямой кишки пустая, патологические образования не определяются. Диурез не нарушен. Стул после клизмы скудный. Общий анализ крови: Нв 73 г/л, эритроциты $3{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты 14×10^{9}/л, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Опухоли и кисты печени. Клиника, диагностика, лечение
2) Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение
3) Опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника. Клиника, диагностика, лечение
4) Кисты брюшной полости. Клиника, диф.диагностика, лечение
5) Опухоли почек. Виды, клиника, диагностика, лечение
6) Опухоли надпочечников. Клиника, диагностика, лечение
7) Нейрогенные и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства
8) Тератомы забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ
1) Экскреторная урография*
2) Микционная цистоуретрография
3) УЗИ почек*
4) Исследование экскреции катехоламинов с мочой
5) Термография
6) Рентгеновская компьютерная томография*
7) Магнитно-резонансная компьютерная томография*
2. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С:
1) Гормональной терапии
2) Лучевой терапии
3) Операции
4) Полихимиотерапии*
5) Дезинтоксикационной терапии

3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ:
1) Интраоперационном разрыве опухоли*
2) Кровоточивости ложа опухоли
3) II стадии
4) III стадии*
5) Множественных метастазах в легких
4. НЕЙРОБЛАСТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ:
1) Вещества головного мозга
2) Задних рогов спинного мозга
3) Пейеровых бляшек
4) Пограничного симпатического ствола*
5) Парасимпатических ганглиев
5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ
1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
2) Определения уровня альфа-фетопротеина в крови
3) Исследование экскреции катехоламинов с мочой*
4) Скеннирование печени
5) Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата*
6. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЛУЧШЕ ПРОГНОЗ
1) Нефробластоме*
2) Нейробластоме
7. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМЕ
1) Хирургический
2) Химиотерапия
3) Лучевая терапия
4) Лучевая терапия + полихимиотерапия*
8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
1) Перелом копчика в результате родовой травмы
2) Хромосомные аберрации
3) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
4) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *
9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ
1) Нижние конечности
2) Верхние конечности
3) Лицо
4) Крестцово-копчиковая область*
5) Селезенка
6) Кишечник
7) Половые железы*
10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ
1) Наличие опухоли*
2) Гемигипертрофия
3) Синдром Горнера
4) Нарушение мочеиспускания и дефекации*
5) Гипертермия
11. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
1) Эхоэнцефалография

2) Ректальное исследование*
3) Пальпация живота под наркозом
4) Обзорная рентгенография брюшной полости
5) Рентгеновская компьютерная томография*

12. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОГРАММУ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

1) Антибактериальная терапия
2) Физиотерапия
3) Полихимиотерапия*
4) Оперативное удаление опухоли*
5) Склерозирующая терапия
6) Рентгенотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.2. Сосудистые опухоли и мальформации

Цель: овладение студентами знаний заболеваний - Ангиодисплазии, пороки раз-вития вен, синдром Паркса-Вебера, гемангиомы, лимфан-гиомы. Особенности клиники, диагностики, методов лечения различных форм. Курация больных.

Задачи: - рассмотреть заболевания - Ангиодисплазии, пороки раз-вития вен, синдром Паркса-Вебера, гемангиомы, лимфан-гиомы.

- обучить методам диагностики онкологических больных

- изучить особенности клиники, диагностики, методов лечения различных форм заболеваний

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Ангиодисплазии, пороки раз-вития вен, синдром Паркса-Вебера, гемангиомы, лимфан-гиомы. Особенности клиники, диагностики, методов лечения различных форм.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Гемангиомы у детей. Клиника, диагностика, лечение. Ангиодисплазии, пороки раз-вития вен, синдром Паркса-Вебера. Клиника, диагностика, лечение. Лимфангиомы у детей. Клиника, диагностика, лечение.

9) **Практическая подготовка.**

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков

- Написание учебной истории болезни.
- 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-х беременности и родов, протекавших нормально, в срок, масса при рождении 3600 г., длина тела – 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Сразу после рождения в подчелюстной области и на шее обнаружено опухолевидное образование 5х6 см, тестоватой консистенции, неподвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена. Общее состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено. Температура нормальная. На 6 сутки состояние ребёнка резко ухудшилось, стал беспокоен, появился акроцианоз, бледно-серая окраска кожных покровов. Одышка до 64 в минуту. В лёгких дыхание проводится с обеих сторон, пуэрильное, хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, приглушены до 160 в минуту. Живот мягкий, правильной формы, печень + 2 см. Опухолевидное образование в области шеи увеличилось в размерах, напряжено, окраска по-прежнему не изменена.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Этиология и патогенез?*
3. *Классификация?*
4. *Методы дополнительной диагностики?*
5. *Определить тактику лечения. Оптимальные методы лечения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Ангиодисплазии. Пороки развития поверхностных и глубоких вен. Синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение
2) Врожденные венозные аневризмы. Синдром Паркса-Вебера-Рубашева. Капиллярные дисплазии. Клиника, диагностика, лечение
3) Пороки развития лимфатических сосудов. Лимфангиома. Клиника, диагностика, лечение
4) Доброкачественные сосудистые опухоли. Гемангиомы наружных и внутренних локализаций. Классификация, клиника, диагностика, лечение

5) Доброкачественные опухоли мягких тканей (атерома, липома, фиброма). Дермоидные кисты, кисты шеи, пигментные пятна (невусы). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. К СОСУДИСТЫМ ДИСПЛАЗИЯМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:
1) Капиллярные гемангиомы
2) Плоские ангиомы*
3) Медиальные пятна*
4) Ветвистые гемангиомы
5) Кавернозные гемангиомы
6) «Винные» пятна*
7) Пиогенные гранулемы*
2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫБЕРИТЕ ТЕ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ «ГУБКИ»:
1) Капиллярная гемангиома
2) Кавернозная гемангиома*
3) Кистозная лимфангиома
4) Слоновость
5) Ангиоматоз поверхностных вен*
6) Телеангиэктазии
7) Плоские ангиомы
3. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ
1) Хирургическое иссечение
2) Короткофокусная рентгенотерапия
3) Склерозирующая терапия
4) Криотерапия
5) Электрокоагуляция
6) СВЧ-криотерапия*
7) Эндоваскулярная окклюзия*
8) Преднизолонотерапия
4. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К САМО-ИЗЛЕЧЕНИЮ ДВА
1) Капиллярные гемангиомы*
2) Кавернозные гемангиомы
3) Ветвистые гемангиомы
4) Кавернозные лимфангиомы
5) Кистозные лимфангиомы
6) Плоские ангиомы
7) «Винные» пятна
8) Телеангиоэктазии*
9) Ангиоматозы
5. ДИСПЛАЗИЮ КАКИХ СОСУДОВ НАЗЫВАЮТ СИНДРОМОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ?
1) Глубоких вен*
2) Поверхностных вен
3) Артерий
4) Артерий и вен
5) Лимфатических сосудов
6) Капилляров

6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКСА-ВЕБЕРА
1) Ночными болями
2) Резким увеличением длины и объема конечности*
3) Резким увеличением объема конечности
4) Варикозным расширением вен*
5) Ангиоматозыми разрастаниями
6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации*
7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
8) Пульсацией расширенных вен*
9) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру
7. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ
1) Ночными болями
2) Резким увеличением длины и объема конечности
3) Резким увеличением объема конечности*
4) Варикозным расширением вен*
5) Ангиоматозыми разрастаниями*
6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
8) Пульсацией расширенных вен
9) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру*
8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛОНОВОСТЬ КОНЕЧНОСТЕЙ
1) Ночными болями
2) Резким увеличением длины и объема конечности
3) Резким увеличением объема конечности*
4) Варикозным расширением вен
5) Ангиоматозыми разрастаниями
6) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
7) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков
9. АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
1) Болями за грудиной
2) Трофическими расстройствами волос на голове
3) Гиперкаратозами губ
4) Выслушиванием сосудистых шумов в области вен
5) Синдромом верхней полой вены
6) Появлением сосудистых образований кнутри от кивательной мышцы при натуживании*
7) Кровотечениями

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.3. Злокачественные лимфомы, опухоли костей, герминогенные опухоли

Цель: овладение студентами знаний этиологии, классификации, диагностики, способы показанного лечения различных форм патологии.

Задачи: - рассмотреть этиологию, классификацию, диагностику, способы показанного лечения различных форм патологии.

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить истории болезни пациентов с данной патологией

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, методы лечения сосудистых опухолей и мальформации, лимфом и опухолей костей

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения, вопросами диспансеризации больных

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Клиника, диагностика, лечение гемангиом у детей. **К**линика, диагностика, лечение лимфангиом у детей. Ангиодисплазии и пороки развития вен, синдром Паркса-Вебера, синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Написание учебной истории болезни.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К. 14 лет, доставлен в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в правом бедре и правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что болен в течение 1,5 лет, связывает начало заболевания с травмой коленного сустава 2 года назад, когда на тренировке ушиб правый коленный сустав. 1,5 года назад появилась незначительная болезненность в правом коленном суставе, не связанная с физической нагрузкой, нарушился сон. Шесть месяцев назад появилась припухлость правого коленного сустава, боли усилились. Три дня назад поднялась температура до 37,5°С, ночью плохо спит, беспокоят боли в покое в правом коленном суставе, появилась пастозность мягких тканей нижней трети бедра. Дома самостоятельно принимал аспирин, боли не купировались. Локально: правое бедро в нижней трети увеличено в объеме, на фоне бледных кожных покровов выражена подкожная венозная сеть. Активные и пассивные движения в коленном суставе

ограничены, болезненны. Походка нарушена – “хромает на правую ногу”. Пальпация и перкуссия правого бедра и голени болезненна. Нагрузка по оси безболезненная. Проведена рентгенография правого бедра с захватом коленного сустава: определяется остеопароз костной ткани бедра и симптом “козырька” в метафизарной зоне.

Контрольные вопросы

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез заболевания?

3) Классификация?

4) Дополнительные методы диагностики?

5) Принципы лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Ангиодисплазии. Пороки развития поверхностных и глубоких вен. Синдром Клиппеля-Треноне. Клиника, диагностика, лечение
2. Врожденные венозные аневризмы. Синдром Паркса-Вебера-Рубашева. Капиллярные дисплазии. Клиника, диагностика, лечение
3. Пороки развития лимфатических сосудов. Лимфангиома. Клиника, диагностика, лечение
4. Доброкачественные сосудистые опухоли. Гемангиомы наружных и внутренних локализаций. Классификация, клиника, диагностика, лечение
5. Доброкачественные опухоли мягких тканей (атерома, липома, фиброма). Дермоидные кисты, кисты шеи, пигментные пятна (невусы). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

10. К СОСУДИСТЫМ ДИСПЛАЗИЯМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:

8) Капиллярные гемангиомы
9) Плоские ангиомы*
10) Медиальные пятна*
11) Ветвистые гемангиомы
12) Кавернозные гемангиомы
13) «Винные» пятна*
14) Пиогенные гранулемы*

11. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫБЕРИТЕ ТЕ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ «ГУБКИ»:

8) Капиллярная гемангиома
9) Кавернозная гемангиома*
10) Кистозная лимфангиома
11) Слоновость
12) Ангиоматоз поверхностных вен*

13) Телеангиэктазии
14) Плоские ангиомы

12. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ ГЕМАНГИОМ

9) Хирургическое иссечение
10) Короткофокусная рентгенотерапия
11) Склерозирующая терапия
12) Криотерапия
13) Электрокоагуляция
14) СВЧ-криотерапия*
15) Эндоваскулярная окклюзия*
16) Преднизолонотерапия

13. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К САМО-ИЗЛЕЧЕНИЮ ДВА

10) Капиллярные гемангиомы*
11) Кавернозные гемангиомы
12) Ветвистые гемангиомы
13) Кавернозные лимфангиомы
14) Кистозные лимфангиомы
15) Плоские ангиомы
16) «Винные» пятна
17) Телеангиоэктазии*
18) Ангиоматозы

14. ДИСПЛАЗИЮ КАКИХ СОСУДОВ НАЗЫВАЮТ СИНДРОМОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ?

7) Глубоких вен*
8) Поверхностных вен
9) Артерий
10) Артерий и вен
11) Лимфатических сосудов
12) Капилляров

15. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКСА-ВЕБЕРА

10) Ночными болями
11) Резким увеличением длины и объема конечности*
12) Резким увеличением объема конечности
13) Варикозным расширением вен*
14) Ангиоматозыми разрастаниями
15) Систоло-диастолическим шумом при аускультации*
16) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
17) Пульсацией расширенных вен*
18) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ-ТРЕНОНЕ

10) Ночными болями
11) Резким увеличением длины и объема конечности
12) Резким увеличением объема конечности*
13) Варикозным расширением вен*
14) Ангиоматозыми разрастаниями*
15) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
16) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков*
17) Пульсацией расширенных вен
18) Отеками конечностей, уменьшающимися к утру*

17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛОНОВОСТЬ КОНЕЧНОСТЕЙ

8) Ночными болями
9) Резким увеличением длины и объема конечности
10) Резким увеличением объема конечности*
11) Варикозным расширением вен
12) Ангиоматозыми разрастаниями
13) Систоло-диастолическим шумом при аускультации
14) Трофическими расстройствами кожи и ее придатков

18. АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

1) Болями за грудиной
2) Трофическими расстройствами волос на голове
3) Гиперкаратозами губ
4) Выслушиванием сосудистых шумов в области вен
5) Синдромом верхней полой вены
6) Появлением сосудистых образований кнутри от кивательной мышцы при натуживании*
7) Кровотечениями

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Тема 7.4. Опухоли средостения. Тест. Отработка практических навыков на симуляторах.

Цель: освоение студентами знаний этиологии, видов, клиники, диагностики и лечения опухолей средостения.

Задачи: - рассмотреть виды, клинику, диагностику и лечение опухолей средостения

- обучить методам диагностики: изучение рентгенограмм, компьютерных томограмм(КТ), магнитнорезонансных томограмм (МРТ) онкологических больных.

- изучить методы диагностики и лечения онкологических больных

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиологию, виды, клинику, диагностику и лечение опухолей средостения

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз с помощью современных методов диагностики, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики онкологических больных, вопросами диспансеризации онкологических больных.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

3. Ответить на вопросы по теме занятия.

Этиология, **к**линика, диагностика, лечение опухолей средостения у детей.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.
- Изучение лабораторных данных
- Тестовый контроль. Тестирование на бумажном носителе.
- Защита учебной истории болезни.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная М., поступила 27.06.01г с жалобами на боли в животе, метеоризм и затруднение дефекации. Считает себя больной в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что заболевание началось с адинамии, отсутствия аппетита, похудания, дисфункции кишечника, проявляющейся учащением акта дефекации (3-4 раза в сутки) с жидким стулом и примесью слизи, эпизодически чередующимся с запорами. Лечение симптоматическими средствами было неэффективным.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела $37{,}4^0$ С. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые, бледные. Язык влажный, обложен белым налётом. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области, при глубокой пальпации в илеоцекальном углу определяется опухолевидное образование продолговатой формы, плотной консистенции, малоподвижное, размером 12×8 см. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула прямой кишки пустая, патологические образования не определяются. Диурез не нарушен. Стул после клизмы скудный. Общий анализ крови: Нв 73 г/л, эритроциты $3{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты 14×10^{9}/л, СОЭ – 28 мм/ч.

Контрольные вопросы

6) Ваш диагноз?

7) Классификация?

8) Методы обследования?

9) Дифференциальная диагностика?

10) Методы лечения?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Опухоли и кисты печени. Клиника, диагностика, лечение
2. Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение
3. Опухоли желудка, тонкого и толстого кишечника. Клиника, диагностика, лечение
4. Кисты брюшной полости. Клиника, диф.диагностика, лечение
5. Опухоли почек. Виды, клиника, диагностика, лечение
6. Опухоли надпочечников. Клиника, диагностика, лечение
7. Нейрогенные и лимфогенные опухоли забрюшинного пространства
8. Тератомы забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ

7) Экскреторная урография*
8) Микционная цистоуретрография
9) УЗИ почек*
10) Исследование экскреции катехоламинов с мочой
11) Термография
12) Рентгеновская компьютерная томография*
13) Магнитно-резонансная компьютерная томография*

ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С:

14) Гормональной терапии
15) Лучевой терапии
16) Операции
17) Полихимиотерапии*
18) Дезинтоксикационной терапии

13. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ:

1) Интраоперационном разрыве опухоли*
2) Кровоточивости ложа опухоли
3) II стадии
4) III стадии*
5) Множественных метастазах в легких

14. НЕЙРОБЛАСТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ:

1) Вещества головного мозга
2) Задних рогов спинного мозга
3) Пейеровых бляшек
4) Пограничного симпатического ствола*
5) Парасимпатических ганглиев

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ

6) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
7) Определения уровня альфа-фетопротеина в крови
8) Исследование экскреции катехоламинов с мочой*
9) Сканнирование печени
10) Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата*

ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЛУЧШЕ ПРОГНОЗ

11) Нефробластоме*
12) Нейробластоме

15. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМЕ
1) Хирургический
2) Химиотерапия
3) Лучевая терапия
4) Лучевая терапия + полихимиотерапия*

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
5) Перелом копчика в результате родовой травмы
6) Хромосомные аберрации
7) Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
8) Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток *

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ
1) Нижние конечности
2) Верхние конечности
3) Лицо
4) Крестцово-копчиковая область*
5) Селезенка
6) Кишечник
7) Половые железы*

17. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ
1) Наличие опухоли*
2) Гемигипертрофия
3) Синдром Горнера
4) Нарушение мочеиспускания и дефекации*
5) Гипертермия

18. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
1) Эхоэнцефалография
2) Ректальное исследование*
3) Пальпация живота под наркозом
4) Обзорная рентгенография брюшной полости
5) Рентгеновская компьютерная томография*

19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ПРОГРАММУ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
1) Антибактериальная терапия
2) Физиотерапия
3) Полихимиотерапия*
4) Оперативное удаление опухоли*
5) Склерозирующая терапия
6) Рентгенотерапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

И. А. Турабов, М.П. Разин. Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста: учебное пособие для студентов медицинских вузов – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2013. – 105 с.

Раздел: 8 Амбулаторно-поликлиническая хирургия детского возраста

8.1. Выявление хирургической патологии у детей. Профосмотры.

Цель: овладение студентами знаний следующих вопросов - Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая.. Диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями.

Задачи: - рассмотреть теоретические вопросы, обучить диспансеризации детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития, изучить оптимальные сроки лечения.

- обучить правилам разъединения и соединения тканей, выполнения пункций, блокад, навыкам выявления хирургической патологии у детей.

- изучить сроки обязательных профосмотров, патологию на них выявляемую.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Организацию амбулаторной хирургической помощи детям. Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая

Обучающийся должен уметь: проводить профилактические осмотры детей с применением полученных знаний

Обучающийся должен владеть: навыками выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная Оксана Б., 4 месяца. Поступила в приёмный покой детской больницы по направлению поликлиники. Больна 5 дней, когда мать впервые во время купания обнаружила у девочки наличие опухолевидного образования в правой паховой области.

На момент осмотра: общее состояние не страдает. Активная. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание пуэрильное, без хрипов, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС в 70 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Стул, диурез в норме. В проекции наружного пахового кольца справа пальпируется округлое, плотное, незначительно болезненное образование 2х2 см, не вправляемое в брюшную полость. Пальпаторно определяется и паховый канал с содержимым в виде эластического тяжа. Общий анализ крови – без особенностей. Общий анализ мочи – без особенностей.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Этиология и патогенез заболевания?*
3. *Классификация?*
4. *Врачебная тактика? Диагностика?*
5. *Методы лечения.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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) Современное понятие происхождения заболеваний
2) Определения понятий «порока», «аномалии», «аномалада», «варианта развития»
3) Причины формирования врожденных пороков развития (ВПР), клиническая генетика в детской хирургии
4) Классификация аномалий и пороков развития
5) Общие принципы лечения врожденных пороков развития у детей
6) Определение показаний (абсолютных и относительных) к оперативному лечению и противопоказаний к нему (абсолютных и относительных)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ ОБУСЛОВЛЕНО:

1) нарушением обратного развития зобно-глоточного протока

незаращением остатков жаберных дуг

3) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока *

4) хромосомными аберрациями

5) эктопией эпителия дна полости рта

2. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) боли при глотании

2) смещаемость кисты при глотании *

3) расположение над яремной ямкой

4) плотная консистенция

5) периодическое исчезновение

3. ПАХОВАЯ ГРЫЖА ФОРМИРУЕТСЯ:

1) на 2-3-й педеле эмбрионального развития

2) на 7-8-й неделе эмбрионального развития

3) па 5-6-м месяце эмбрионального развития

4) на 7-8-м месяце эмбрионального развития

5) может формироваться на любом этапе *

4. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ФОРМИРОВАНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нарушение развития мезенхимальной ткани *

2) чрезмерные физические нагрузки

3) повышение внутрибрюшного давления

4) слабость поперечной фасции

5) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) тошнота и рвота

2) подъем температуры

3) эластическое выпячивание в паховой области *

4) боли в животе

5) плохой аппетит

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЧАЩЕ ПРИХОДИТСЯ ПРОВОДИТЬ:

1) с орхитом

2) с водянкой оболочек яичка *

3) с варикоцеле

4) с перекрутом гидатиды

5) с орхиоэпидидимитом

7. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) частое ущемление

2) возраст после двух лет

3) установление диагноза *

4) возраст после 5 лет

5) диаметр выпячивания свыше 3 см

8. ВСКРЫТИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ОБЯЗАТЕЛЬНО:

1) у девочек

2) у мальчиков

3) у грудных детей

4) у больных старше 2 лет

5) у больных старше 5 лет *

9. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО:

1) физиотерапия

2) массаж

3) щадящий режим 2 недели *

4) ограничение физической нагрузки на 1 год

5) постельный режим на 1 неделю

10. СООБЩАЮЩАЯСЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА:

1) повышенным внутрибрюшным давлением
2) ангиодисплазией
3) травмой пахово-мошоночной области
4) незарашением вагинального отростка *
5) инфекцией мочевыводящих путей

11. ДЛЯ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) появление припухлости в одной половине мошонки *
2) ухудшение общего состояния
3) подъем температуры
4) резкая болезненность
5) гиперемия мошонки

12. ЛЕЧЕНИЕ НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1) оперативное лечение в плановом порядке
2) наблюдение до 3-4 лет
3) наблюдение до 1,5-2 лет *
4) пункцию
5) экстренную операцию

13. ПОЛНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

1) к 28-32-й неделе внутриутробной жизни
2) к рождению
3) к 1-му году *
4) к 2-3 годам
5) сразу после рождения

14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) гормональный дисбаланс
2) ангиодисплазия *
3) незаращение вагинального отростка брюшины
4) специфический процесс
5) патология мочевыделительной системы

15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) отечность в паховой области
2) гиперемия в паховой области
3) эластичное образование паховой области, смещаемое при потягивании за яичко *
4) резкая болезненность
5) расширение наружного пахового кольца

16. ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОБОЛОЧЕК СЕМЕННОГО КАНАТИКА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ВКЛЮЧАЕТ:

1) экстренное оперативное лечение

2) одно-двукратную пункцию, при неэффективности — операцию *

3) оперативное лечение в плановом порядке

4) гормональное лечение

5) наблюдение в динамике

17. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С КИСТОЙ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ВКЛЮЧАЕТ:

1) пункцию элементов семенного канатика;

2) рассечение оболочек

3) операцию Гросса *

4) операцию Винкельмана

5) иссечение оболочек яичка

18. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПОКАЗАНЫ:

1) физиотерапия

2) лечебная физкультура

3) массаж

4) ограничение физической нагрузки

5) обычный образ жизни *

19. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) порок развития сосудов пуповины

2) незаращение апоневроза пупочного кольца *

3) воспаление пупочных сосудов

4) портальная гипертензия

5) родовая травма

20. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) расширение пупочного кольца

2) в покое легко вправляется

3) частое ущемление *

4) в покое трудно вправляется

5) выпячивание чаще появляется при беспокойстве

21. У РЕБЕНКА ОДНОГО ГОДА ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА. ДЕФЕКТ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 0,5 СМ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ СТРАДАЕТ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) экстренное оперативное вмешательство

2) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет

3) наблюдение в динамике

4) массаж живота, гимнастику, профилактику запоров *

5) массаж, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем

22. ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ:

1) по установлении диагноза

2) до 1 года

3) до 2 лет

4) после 3 лет

5) в 4-5 лет *

23. В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ
НЕОБХОДИМЫ:

1) постельный режим
2) протертый стол
3) обычный образ жизни *
4) физиотерапия
5) ношение бандажа

24. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1) расхождение швов
2) нагноение послеоперационной раны
3)рецидив
4) эвентрация сальника
5) лигатурный свищ *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

М.П. Разин. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Издание второе, переработанное и дополненное / Разин М.П., Шешунов И.В., Игнатьев С.В., Сухих Н.К. - Киров: ООО « Кировская областная типография», 2013. - 144с.

Современные методы диагностики в хирургии детского возраста / сост.: В.Н.Галкин, М.П. Разин. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Издание второе. - Киров. - 2005. - 86 с.

Тема 8.2.: Организация работы хирургического кабинета детской поликлиники. Важнейшие врачебные манипуляции

Цель: овладение студентами знаний следующих вопросов - организация амбулаторной хирургической помощи детям. Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептика и антисептика. Разъединение и соединение тканей, пункции, блокады. Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая

Задачи: - рассмотреть организацию амбулаторной хирургической помощи детям. Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептика и антисептика.

- обучить правилам разъединения и соединения тканей, выполнения пункций, блокад, навыкам выявления хирургической патологии у детей.

- изучить сроки обязательных профосмотров, патологию на них выявляемую.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Организацию амбулаторной хирургической помощи детям.

Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептику и антисептику. Разъединение и соединение тканей, пункции, блокады. Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая

Обучающийся должен уметь: проводить профилактические осмотры детей с применением полученных знаний

Обучающийся должен владеть: навыками выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Организация амбулаторной хирургической помощи детям. Функции и оснащение хирургического кабинета. Асептика и антисептика. Разъединение и соединение тканей, пункции, блокады. Навыки выявления экстренной и плановой хирургической патологии у детей. Сроки обязательных профосмотров, патология на них выявляемая.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной В., 15 лет, обратился на приём к хирургу с жалобами на тянущие ощущения в области левой половины мошонки, усиливающиеся при ходьбе и физических нагрузках.

При осмотре выявлено, что вторичные половые признаки выражены по возрасту. Левая половина мошонки увеличена в объёме, деформирована. В положении стоя пальпируются расширенные и извитые вены семенного канатика в виде «грозди винограда». Изменения не исчезают в горизонтальном положении больного. Анализы крови и мочи в норме.

Контрольные вопросы

1) *Ваш диагноз?*
2) *Этиология и патогенез?*
3) *Классификация заболевания?*
4) *Методы обследования?*
5) *Методы лечения? Возможные осложнения?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Определение понятия «детская хирургия»
2. Анатомо-физиологические особенности детского возраста
3. Общее представление о хирургической патологии детского возраста
4. Принципы организации работы детского хирургического стационара
5. Хирургическая помощь детям в поликлинической сети и стационарах общего профиля.
6. Плановая и неотложная хирургия
7. Роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития. Понятие «хирургической настороженности»

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Укажите все правильные ответы.

1. НА ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ВОЗЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАДАЧИ:

а) оформление документов;

б) первичное обследование и сортировка больных;

в) оказание первой помощи;

г) санитарная обработка;

д) связь с неотложными службами;

е) сбор и подача сведений о состоянии здоровья и температуре;

ж) выписка больных.

Укажите правильный ответ.

2. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) паспорт;

б) карта стационарного больного;

в) медицинский страховой полис;

г) больничный лист;

д) страховое пенсионное свидетельство.

Укажите все правильные ответы.

3. ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) приемный покой;

б) хирургические отделения;

в) операционный блок;

г) станция скорой помощи;

д) станция переливания крови.

Укажите правильный ответ.

4. ПРИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЕТСЯ С:

а) первичной сортировки и обследования больных;

б) оформления документации;

в) связи с неотложными службами;

г) санитарной обработки;

д) транспортировки в хирургическое отделение.

5. ПРИЕМ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В:

а) одном помещении;

б) разных боксах;

в) разное время.

Укажите все правильные ответы.

6. ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РЕБЕНКА В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ ВКЛЮЧАЕТ:

а) ванну;

б) душ;

в) обтирание влажным полотенцем;

г) стрижку волос;

д) стрижку ногтей.

7. САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТ:

а) родители;

б) младшая медсестра;

в) медсестра;

г) родители под контролем медсестры.

Укажите правильный ответ.

8. ПРОВОДИТСЯ ЛИ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ:

а) да;

б) нет.

9. КАК ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПЛАНОВУЮ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ:

а) раз в день;

б) два раза в день;

в) после каждого больного;

г) только после инфекционных больных.

10. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРИЕМА РЕБЕНКА В БОКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

а) влажную уборку;

б) кварцевание помещения 20 мин;

в) проветривание помещения 15 мин;

г) протереть кушетку дезинфицирующим раствором;

д) орошение помещения дезинфицирующим раствором.

Укажите все правильные ответы.

11. ПОЛНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ БОКСА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА:

а) сопутствующего инфекционного заболевания;

б) сопутствующего педикулеза, чесотки;

в) хирургической инфекции.

12. К СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

а) палаты;

б) полубоксы;

в) процедурный кабинет;

г) перевязочная чистая;

д) перевязочная гнойная;

е) оперблок;

ж) пищеблок.

Укажите правильный ответ.

13. ПРИ СТРОГОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ РАЗРЕШАЕТСЯ ВСТАВАТЬ ТОЛЬКО В:

а) туалет;

б) столовую;

в) перевязочную;

г) процедурную;

д) не разрешается.

Укажите все правильные ответы.

14. В ПРИКРОВАТНОЙ ТУМБОЧКЕ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ ДЕРЖАТЬ:

а) мягкие игрушки;

б) книги;

в) туалетные принадлежности;

г) передачу с продуктами;

д) смену чистого белья;

е) детское питание.

15. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ БОЛЬНОМУ ПЕРЕСТИЛАЕТСЯ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ОДИН РАЗ В:

а) день;

б) три дня;

в) неделю;

г) и при загрязнении.

Укажите правильный ответ.

16. МОЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПАЛАТ ВО ВРЕМЯ ДНЕВНОГО И НОЧНОГО СНА БОЛЬНЫХ:

а) да;

б) нет.

Эталоны правильных ответов

1. а, б, в, г, д.

2. б.

3. а, б, в.

4. б.

5. б.

6. в, д.

7. б, г.

8. а.

9. б.

10. г.

11. а, б.

12. а, б, в, г, д.

13. д.

14. б, в, д.

15. в, г.

16. б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

М.П. Разин. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Издание второе, переработанное и дополненное / Разин М.П., Шешунов И.В., Игнатьев С.В., Сухих Н.К. - Киров: ООО « Кировская областная типография», 2013. - 144с.

Современные методы диагностики в хирургии детского возраста / сост.: В.Н.Галкин, М.П. Разин. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Издание второе. - Киров. - 2005. - 86 с.

Тема 8.3.: Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей

Цель: приобретение студентами знаний диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.

Задачи: - рассмотреть следующие заболевания - фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить методы диагностики и лечени гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение **…**

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни.
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

На пятые сутки жизни перед выпиской из роддома отмечено значительное ухудшение в состоянии ребёнка, стали выражены явления интоксикации, температура тела – 38,8° С. На осмотр реагирует вялым беспокойством, крик слабый. Кожные покровы с сероватым оттенком, на коже нижней поверхности живота с переходом на промежность, бёдра, поясничную область отмечается зона яркой гиперемии. Кожа на ощупь горячая, деревянистой плотности, пальпация пораженных кожных покровов резко болезненна. Ребёнок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка во время осмотра 3800 г. В общем анализе крови: лейкоциты – 6,3 х 10^9/л, палочкоядерные - 32%, сегментоядерные - 51%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 21%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз.*
2. *Дифференциальный диагноз?*
3. *Дополнительные методы диагностики?*
4. *Лечебная тактика?*
5. *Посиндромная терапия?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Функции хирурга детской поликлиники. Оснащение хирургического кабинета
2) Асептика и антисептика
3) Обезболивание. Деонтология в детской хирургии
4) Важнейшие врачебные манипуляции. Принципы разъединения и соединения тканей
5) Пункции суставов и полостей. Остановка кровотечений
6) Футлярная блокада по Вишневскому. Катетеризация мочевого пузыря
7) Эндоскопия в поликлинике, элементы реанимации
8) Гипсовая техника. Прием и оказание первой врачебной помощи
9) Фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение
10) Рожистое воспаление. Клиника, формы, диагностика, лечение
11) Абсцессы, банальные флегмоны подкожно-жировой клетчатки
12) Гнойно-некротическая флегмона новорожденных
13) Мастит новорожденных. Клиника, диагностика, лечение
14) Парапроктит. Этиология, клиника. Диагностика. лечение
15) Панариции. Классификация, виды, клиника, диагностика, виды лечения

16) Лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение
17) Баланопостит. Клиника, диагностика, лечение
18) Омфалит. Формы. Клиника, диагностика, лечение
19) Гнойная рана. Принципы послеоперационного ведения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) недостатком IgA
2) недостатком IgM
3) недостатком IgG*
4) незавершенным фагоцитозом
5) низкой кислотностью желудочного сока

2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО
1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
4) воспаление нескольких потовых желез
5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер*

3. КАКОЙ ГРУППЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ
1) цефалоспорины I поколения
2) цефалоспорины II поколения
3) цефалоспорины III поколения*
4) пенициллины
5) ингибитор-защищенные пенициллины

4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ
1) консервативной терапии*
2) хирургического вмешательства
3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)
4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией
5) данная форма не требует стационарного лечения

5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1) врожденный порок развития урахуса
2) врожденный порок развития желточного протока
3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану*
4) гематогенное поражение пупочного остатка
5) лимфогенное поражение пупочного остатка

6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ
1) не требуется
2) вскрытие по центру флюктуации
3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей*
4) разрезы и дренирование выпускниками
5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ
1) таблетированные
2) мазевые

3) парентеральные
4) свечи
5) гелевые*

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 8.4.: Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования мягких тканей

Цель: овладение знаний студентами следующих заболеваний - Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты.

Задачи: - рассмотреть пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты

- обучить методам диагностики
- изучить методы лечения
- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Пигментные опухоли, папилома, ганглион, гигрома, киста Беккера, бородавки, контагиозный моллюск, ушные придатки, ранула, фунгус пупка, кисты и свищи шеи, дермоидные кисты **.** Клиника, диагностика, лечение.
2. **Практическая подготовка.**
   - Курация больных
   - Разбор клинических больных
   - Отработка практических навыков
   - Знакомства с историями болезни
   - Изучение лабораторных данных
3. **Решить ситуационные задачи**

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

В возрасте пяти дней отмечено значительное ухудшение состояния ребёнка, выражен токсикоз, температура тела 38,6° С, не сосет. Правая половина лица и подчелюстная область отёчны. Мягкие ткани деревянистой плотности, кожа гиперемирована, горячая на ощупь. Со стороны ротовой полости отмечается значительный отёк подъязычной области, приводящей к отклонению языка влево.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился от I беременности, протекавшей с токсикозом, в родах раннее излитие околоплодных вод, начинающаяся асфиксия плода. Ребёнок родился весом 2500 г, в асфиксии, закричал после отсасывания слизи из ротовой полости и введения в сосуды пуповины растворов соды и глюкозы.

В общем анализе крови: лейкоциты – 17 х 10^9/л, палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 55%, лимфоциты - 14%, моноциты -19%, СОЭ - 8 мм/час.

Контрольные вопросы

1. *Предположительный диагноз?*
2. *АФО детского организма, предрасполагающие к течению заболевания?*
3. *Методы обследования?*
4. *Дифференциальный диагноз?*
5. *Показанное лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Пигментные опухоли
2) Папиллома, бородавки, контагиозный моллюск. Клиника, диагностика, лечение
3) Гемангиомы и лимфангиомы. Клиническая классификация, диагностика, виды лечения
4) Придатки лица и шеи. Гинекомастия. Ранула
5) Фунгус пупка. Клиника, диагностика. лечение
6) Дермоидные кисты. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения
7) Кисты и свищи шеи. Клиника, диагностика, лечение
8) Сухожильный ганглион, гигрома, киста Беккера
9) Прием больных

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Выбрать правильный ответ

1. ЗАКУПОРКА ПРОСВЕТА САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ:
   1) Атеромы*
   2) Фибромы
   3) Тератомы
   4) Невуса
   5) Дермоидной кисты
2. ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОМЫ
   1) Гормональное
   2) Иссечение*
   3) Склерозирование
   4) Полихимиотерапия
   5) Комбинированное
3. ЛИПОМА – ЭТО
   1) Доброкачественное образование их жировой ткани*
   2) Злокачественное образование из жировой ткани
4. ДЕТИ С ЕДИНИЧНЫМИ ФИБРОМАМИ НУЖДАЮТСЯ В
   1) Иссечении фибромы*
   2) Системной терапии
   3) Медико-генетическом консультировании
   4) Санаторно-курортном лечении
5. К ПИГМЕНТНЫМ ПЯТНАМ ОТНОСЯТСЯ
   1) Пограничный невус*
   2) Смешанный невус*
   3) Юношеская меланома*
   4) Первичная меланома
   5) Голубой невус*
   6) Монголоидные пятна*
   7) Лентиго*
6. О МАЛИГНИЗАЦИИ НЕВУСА МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ
   1) Увеличение невуса*
   2) «отсевы»*
   3) Реакция региональных лимфоузлов*
   4) Синдром общей опухолевой интоксикации
7. СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ – ЭТО
   1) Нагноившаяся атерома
   2) Необлитерированный щитовидно-подъязычный проток*
   3) Предраковое заболевание
   4) Вариант гигромы
8. ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
   1) Санации воспалительного процесса
   2) Иссечении со свищом и перешейком подъязычной кости*
   3) Склерозировании
   4) Гормонотерапии
   5) Полихимиотерапии + операции
9. БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ СООБЩАЕТСЯ С
   1) Трахеей
   2) Пищеводом
   3) Полостью рта*
   4) Со срединной кистой

10. ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ
1) У дна полости рта*
2) В реберно-грудинном сочленении*
3) В области слуховой раковины
4) На передней поверхности шеи
11. ПРИ НАГНОЕНИИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ
1) 2 недели
2) 1 месяц
3) 2 месяца
4) 3 месяца
5) 6 месяцев*
6) 1 год
12. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ГИГРОМЫ В ОБЛАСТИ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ ДОПУСТИМА СЛЕДУЮЩАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА:
1) Экстренное оперативное лечение
2) Пункционное склерозирующее лечение*
3) Гормональная терапия
4) Лазерная коагуляция
5) Короткофокусное рентгеновское облучение

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 8.5.: Повреждения мягких тканей. Расстройства опорно-двигательного аппарата.

Цель: овладеть знаниями о заболеваниях - Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища

Задачи: - рассмотреть заболевания - Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища.

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить современные методы диагностики и лечения заболеваний

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: заболевания - Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Ушибы, ссадины, раны, укусы змей и насекомых. Ожоги и отморожения. Инородные тела мягких тканей, слухового и носового проходов, дыхательных путей, ЖКТ, уретры, влагалища. Клиника, диагностика, лечение.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни
- 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:

16-летний юноша в июле месяце после дождя подрабатывал на очистке территорий, прилегающих к ЛЭП, и срубил березу.

Дерево, падая, зацепилось верхушкой за провод линии электропередачи. При попытке оттащить дерево юноша получил удар электротоком. Самостоятельного дыхания нет, сознания нет, пульса на сонных артериях не определяется.

Контрольные вопросы

1. *Расскажите механизм действия электрического тока на организм человека?*
2. *Виды повреждения? Его последствия?*
3. *Ваши действия по выведению больного из шокового состояния на догоспитальном этапе?*
4. *Первая врачебная помощь?*
5. *Реаниматологическое пособие на госпитальном этапе?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

1) Ушибы, ссадины, раны. Клиника, диагностика, принципы лечения.
2) Укусы змей и насекомых. Клиника разновидностей, лечение.
3) Местное лечение ожогов и отморожений у детей в условиях поликлиники.
4) Инородные тела мягких тканей. Лечение.
5) Инородные тела наружного слухового прохода и носовых ходов.

6) Инородные тела дыхательных путей, ЖКТ, влагалища, уретры.
7) Банальные (неспецифические артриты). Клиника, диагностика, лечение.
8) Вросший ноготь. Принципы лечения.
9) Подошвенные бородавки.
10) Плоскостопие, синдактилия, полидактилия. Клиника, виды, диагностика, лечение.
11) Амниотические перетяжки.
12) Сколиозы у детей.
13) Артрогрипоз.
14) Прием больных.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопросы для самоконтроля:

Ушибы, ссадины, раны. Клиника, диагностика, принципы лечения
Укусы змей и насекомых. Клиника разновидностей, лечение
Ожоги. Классификация, клиника, диагностика, лечение
Отморожения. Классификация, клиника, диагностика, лечение
Инородные тела мягких тканей. Лечение
Инородные тела наружного слухового прохода и носовых ходов.
Инородные тела дыхательных путей, ЖКТ, влагалища, уретры
Опухоли костей. Виды, клиника, диагностика и диф.диагностика, лечение
Банальные (неспецифические артриты). Клиника, диагностика, лечение
Вросший ноготь. Принципы лечения
Подошвенные бородавки
Плоскостопия, синдактилия, полидактилия. Клиника, виды, диагностика, лечение
Амниотические перетяжки
Сколиозы у детей
15) Артрогрипоз. Кривошея у детей
16) Прием больных

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ОЖОГА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
1) гиперемия кожи в области поражений*
2) образование пузырей с серозной жидкостью
3) выраженная болезненность*
4) отечность*
5) потеря функции
6) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы
7) явления ожогового шока

2. ДЛЯ ОЖОГА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
1) гиперемия кожи в области поражений
2) выраженная болезненность*
3) отечность
4) потеря функции*
5) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы*
6) явления ожогового шока*
7) поражение фасций, сухожилий и мышц

3. ДЛЯ ОЖОГА ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
1) выраженная болезненность*
2) отечность
3) потеря функции*

4) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы
5) явления ожогового шока*
6) поражение фасций, сухожилий и мышц*
7) обугливание тканей*

4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ТАБЛИЦЫ И СХЕМЫ
1) Ланда и Броудера*
2) Постникова*
3) Уоллеса (правило "девяток")
4) Беркоу
5) Вейденфельда
6) Вилявина
7) Дигби
8) Хильгенрайнера

5. ПРИ ГЛУБОКИХ СТЕПЕНЯХ ОТМОРОЖЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В
1) растирании снегом, шерстью
2) погружении в теплую воду
3) наложении термоизолирующей повязки*
4) введении сосудорасширяющих средств*
5) футлярной новокаиновой блокаде
6) после растирания наложение масляно-бальзамической повязки

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 8.6.: Пороки развития ЦНС.

Цель: овладение студентами знаний вопросов - этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спино-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии

Задачи: - рассмотреть этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спино-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить клинику и диагностику заболеваний

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спино-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, рекомендовать лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения заболеваний

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения черепно-мозговых грыж, спино-мозговых грыж, краниостеноза, гидроцефалии

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни
- 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 приемное отделение больницы через 15 минут после травмы (падение с высоты во время шалости на стройке) доставлен 5-летний ребенок.

При осмотре выявлено: отсутствие сознания, бледность кожных покровов, ослабление дыхания слева, подкожная эмфизема и ссадины левой половины туловища, крепитация ребер в области грудной клетки слева. Пульс пониженного наполнения 114 ударов в минуту, аритмичный, АД 55/30 мм рт. ст., одышка без хрипов до 60 в минуту.

Определяется большая гематома в области левого бедра, патологическая подвижность левого бедра.

Контрольные вопросы

1. *Опишите вероятную клиническую картину.*
2. *Последовательность диагностических мероприятий?*
3. *Объем терапевтических назначений? Виды оперативных пособий.*
4. *Послеоперационное ведение?*
5. *Исходы, прогноз? Диспансеризация?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1) Врожденная гидроцефалия. Клиника, диагностика, формы, принципы лечения
2) Краниостеноз. Клиника разновидностей, диагностика, лечение.
3) Спиномозговые грыжи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

4) Черепно-мозговые грыжи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

9.КРИТЕРИЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ РОДОВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

6) степень нарушения мозгового кровообращения *
7) размеры родовой опухоли на голове
8) наличие кефалогематомы
9) переломы черепа
10) степень смещения костей черепа

10.ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПА И ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ ПРИ РОДАХ, ВКЛЮЧАЕТ

1) лечения не требует
2) интенсивную инфузионную терапию
3) хирургическую коррекцию методом репозиции*
4) резекционную трепанацию черепа
5) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой

11.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

6) печень, селезенка*
7) тонкая кишка
8) толстая кишка
9) мочевой пузырь
10) почки

12.ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА СТАРШЕ 10 ЛЕТ, ИМЕВШЕГО МЕНЕЕ 3 ПРИВИВОК, ПОСЛЕДНЯЯ ИЗ КОТОРЫХ СДЕЛАНА ЗА 2 ГОДА ДО ТРАВМЫ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

6) анатоксин столбнячный и противостолбнячную сыворотку
7) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
8) противостолбнячную сыворотку
9) анатоксин столбнячный*
10) ничего из перечисленного

13.К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей*
2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
5) ушиб мягких тканей головы

14.СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию*
2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
5) гемипарез при ясном сознании

15.ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные

признаки пирамидной недостаточности*
4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
5) тетраплегия, ясное сознание
16. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
6) потеря сознания
7) очаговая неврологическая симптоматика
8) многократная рвота
9) ото-рино-ликворея*
10) кровотечение из носа и уха
17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
6) в средней трети*
7) в зоне клювовидного отростка
8) на границе средней и медиальной трети ключицы
9) на границе средней и латеральной трети ключицы
10) у стернального конца ключицы
18. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
6) повязка Дезо *
7) торакобрахиальная повязка
8) шино-гипсовая 8-образная повязка
9) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому – Карпенко
10) фиксация не требуется
19. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ
6) падение на локоть или кисть приведенной или отведенной руки *
7) прямой удар в среднюю треть предплечья
8) резкий рывок за руку
9) падение на бок при приведенной руке
10) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке
20. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
6) клиническое и рентген*
7) рентген и УЗИ
8) УЗИ и артроскопия
9) ЯМР и радиоизотопное исследование
10) артропневмография
21. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
6) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой
7) репозицию и фиксацию на отводящей шине
8) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами
9) скелетное вытяжение
10) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом *
22. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ С УСТРАНЕНИЯ
6) ротационного смещения*
7) смещения по ширине
8) смещения по длине
9) углового смещения
10) смещения по ширине и длине
23. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОВЕДЕНИЯ СПИЦЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ

1) дистальный конец плечевой кости
2) локтевой отросток локтевой кости*
3) дистальный метафиз лучевой кости
4) диафиз плечевой кости
5) скелетное вытяжение не применяют

24. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ
6) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости*
7) при метафизарных повреждениях плечевой кости
8) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости
9) при диафизарных повреждениях плечевой кости
10) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях

25. ЗАДНИЙ ВЫВИХ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ВОЗНИКАЕТ
1) при падении на локоть согнутой руки
2) при падении на локоть разогнутой руки
3) при падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе*
4) при падении на отведенную руку
5) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки

26. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖИ - ЭТО
1) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
2) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
3) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
4) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
5) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке*

27. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ ГАЛЕАЦЦИ - ЭТО
1) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом лучевой в верхней трети - на другой
2) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
3) перелом лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке*
4) вывих локтевой кости с переломом лучевой в средней трети
5) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

28. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ФИКСИРОВАННОГО ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ БУДЕТ
1) сгибание под углом 45^0
2) разгибание в локтевом суставе предплечья
3) сгибание под углом 135^0 *
4) максимальное сгибание предплечья
5) сгибание и внутренняя ротация предплечья

29. ПРИ ЗАКРЫТОЙ РУЧНОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХА МОНТЕДЖИ ДО ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ СЛЕДУЕТ
2) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости*
3) достаточно репозиции локтевой кости
4) достаточно вправить головку луча
5) репозиция локтевой кости и вправление головки луча
6) достаточно тракции по оси

30. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ
1) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением
2) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением

3) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением
4) перелом двух костей предплечья на разных уровнях
5) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности*

31. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ ЗОНЫ РОСТА И РАЗВИТИЕ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В СЛУЧАЕ
1) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
2) перелома проксимального эпифиза
3) остеоэпифизеолиза со смещением
4) эпифизеолиза со смещением
5) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза*

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

Тема 8.7.: Сроки оперативного лечения и диспансеризация больных детей с хирургическими заболеваниями.

Цель: овладеть знаниями по следующим вопросам - Обоснование оптимальных сроков оперативной коррекции хирургической патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией.

Задачи: - рассмотреть обоснование оптимальных сроков оперативной коррекции хирургической патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией.

- обучить методам выявления заболеваний у детей, диспансеризации детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития,

- изучить сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: сроки оперативной коррекции хирургической патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией.

Обучающийся должен уметь: применять необходимые методы осмотра и диагностики

Обучающийся должен владеть: методиками осмотра пациентов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Сроки оперативной коррекции хирургической

патологии. Особенности, способы, сроки и виды диспансеризации детей с хирургической и ортопедической патологией.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

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

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

Контрольные вопросы

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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:

7) Современное понятие происхождения заболеваний

8) Определения понятий «порока», «аномалии», «аномалада», «варианта развития»

9) Причины формирования врожденных пороков развития (ВПР), клиническая генетика в детской хирургии

10) Классификация аномалий и пороков развития

11) Общие принципы лечения врожденных пороков развития у детей

12) Определение показаний (абсолютных и относительных) к оперативному лечению и противопоказаний к нему (абсолютных и относительных)

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ ОБУСЛОВЛЕНО:

1) нарушением обратного развития зобно-глоточного протока

2) незаращением остатков жаберных дуг

3) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока *

4) хромосомными аберрациями

5) эктопией эпителия дна полости рта

2. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) боли при глотании

2) смещаемость кисты при глотании *

3) расположение над яремной ямкой

4) плотная консистенция

5) периодическое исчезновение

3. ПАХОВАЯ ГРЫЖА ФОРМИРУЕТСЯ:

1) на 2-3-й педеле эмбрионального развития

2) на 7-8-й неделе эмбрионального развития

3) па 5-6-м месяце эмбрионального развития

4) на 7-8-м месяце эмбрионального развития

5) может формироваться на любом этапе *

4. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ФОРМИРОВАНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нарушение развития мезенхимальной ткани *

2) чрезмерные физические нагрузки

3) повышение внутрибрюшного давления

4) слабость поперечной фасции

5) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) тошнота и рвота

2) подъем температуры

3) эластическое выпячивание в паховой области *

4) боли в животе

5) плохой аппетит

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЧАЩЕ ПРИХОДИТСЯ ПРОВОДИТЬ:

1) с орхитом

2) с водянкой оболочек яичка *

3) с варикоцеле

4) с перекрутом гидатиды

5) с орхиоэпидидимитом

7. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) частое ущемление

2) возраст после двух лет

3) установление диагноза *

4) возраст после 5 лет

5) диаметр выпячивания свыше 3 см

8. ВСКРЫТИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ОБЯЗАТЕЛЬНО:

1) у девочек

2) у мальчиков

3) у грудных детей

4) у больных старше 2 лет

5) у больных старше 5 лет *

9. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО:

1) физиотерапия

2) массаж

3) щадящий режим 2 недели *

4) ограничение физической нагрузки на 1 год

5) постельный режим на 1 неделю

10. СООБЩАЮЩАЯСЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА:

1) повышенным внутрибрюшным давлением

2) ангиодисплазией

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незарашением вагинального отростка *

5) инфекцией мочевыводящих путей

11. ДЛЯ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) появление припухлости в одной половине мошонки *

2) ухудшение общего состояния

3) подъем температуры

4) резкая болезненность

5) гиперемия мошонки

12. ЛЕЧЕНИЕ НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1) оперативное лечение в плановом порядке

2) наблюдение до 3-4 лет

3) наблюдение до 1,5-2 лет *

4) пункцию

5) экстренную операцию

13. ПОЛНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

1) к 28-32-й неделе внутриутробной жизни

2) к рождению

3) к 1-му году *

4) к 2-3 годам

5) сразу после рождения

14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) гормональный дисбаланс
2) ангиодисплазия *

3) незаращение вагинального отростка брюшины
4) специфический процесс

5) патология мочевыделительной системы

15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) отечность в паховой области

2) гиперемия в паховой области

3) эластичное образование паховой области, смещаемое при потягивании за яичко *

4) резкая болезненность

5) расширение наружного пахового кольца

16. ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОБОЛОЧЕК СЕМЕННОГО КАНАТИКА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ВКЛЮЧАЕТ:

1) экстренное оперативное лечение

2) одно-двукратную пункцию, при неэффективности — операцию *

3) оперативное лечение в плановом порядке
4) гормональное лечение

5) наблюдение в динамике

17. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С КИСТОЙ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ВКЛЮЧАЕТ:

1) пункцию элементов семенного канатика;

2) рассечение оболочек

3) операцию Гросса *

4) операцию Винкельмана

5) иссечение оболочек яичка

18. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПОКАЗАНЫ:

1) физиотерапия

2) лечебная физкультура

3) массаж

4) ограничение физической нагрузки

5) обычный образ жизни *

19. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) порок развития сосудов пуповины

2) незаращение апоневроза пупочного кольца *

3) воспаление пупочных сосудов
4) портальная гипертензия

5) родовая травма

20. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) расширение пупочного кольца

2) в покое легко вправляется

3) частое ущемление *

4) в покое трудно вправляется

5) выпячивание чаще появляется при беспокойстве

21. У РЕБЕНКА ОДНОГО ГОДА ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА. ДЕФЕКТ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 0,5 СМ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ СТРАДАЕТ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) экстренное оперативное вмешательство

2) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет

3) наблюдение в динамике

4) массаж живота, гимнастику, профилактику запоров *

5) массаж, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем

22. ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА,
ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ:

1) по установлении диагноза

2) до 1 года

3) до 2 лет

4) после 3 лет

5) в 4-5 лет *

23. В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ
НЕОБХОДИМЫ:

1) постельный режим

2) протертый стол

3) обычный образ жизни *

4) физиотерапия

5) ношение бандажа

24. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1) расхождение швов

2) нагноение послеоперационной раны

3)рецидив

4) эвентрация сальника

5) лигатурный свищ *

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития. Учебное пособие, издание четвертое, переработанное и дополненное,

под ред. Проф. И.В. Шешунова / сост. В.Н. Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К. Сухих. – Киров, 2007. – 32 с.

Тема 8.8.: Черепно-мозговая травма у детей.

Цель: овладение студентами знаний вопросов - Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

Задачи: - рассмотреть виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

- обучить методам диагностики и лечения

- изучить современные методы диагностики и лечения

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной М., 14-ти лет, попал в автомобильную аварию. Из анамнеза известно, что у больного после травмы имела место кратковременная потеря сознания, была однократная рвота съеденной пищей. Через 3 часа мальчик доставлен в приемный покой центральной районной больницы.

При осмотре выявлена выраженная бледность кожных покровов. Линейная рана на лбу. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации в различных отделах. Стул, диурез в норме. Выявлен горизонтальный нистагм. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение. На следующие сутки отмечено ухудшение состояния. Больной вял, спутанно отвечает на вопросы. Анизокория.

Контрольные вопросы

1. *Теории возникновения и развития ЧМТ.*
2. *Классификация.*
3. *С каким диагнозом ребенок был госпитализирован в стационар?*
4. *О каком осложнении можно думать в данном случае? Необходимые методы обследования.*
5. *Принципы лечения.*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Виды и периодизация ЧМТ у детей.
2) Классификация ЧМТ у детей.
3) Клиническая картина различных форм.
4) Переломы свода и основания черепа.
5) Фазность течения ЧМТ.
6) Методы диагностики ЧМТ у детей.
7) Принципы лечения ЧМТ у детей.
8) Синдром «встряхнутого ребенка»: причины, клиника, диагностика, лечение, исходы, профилактика.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

Указать один правильный ответ

1. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ
1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей *
2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
5) ушиб мягких тканей головы
2. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ
1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию *
2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
5) гемипарез при ясном сознании
3. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ

МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС
1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности *
4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
5) тетраплегия, ясное сознание

4. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) потеря сознания
2) очаговая неврологическая симптоматика
3) многократная рвота
4) ото-рино-ликворея *
5) кровотечение из носа и уха

указать все правильные ответы

5. ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
1) ретроградная амнезия*
2) наличие "светлого промежутка"
3) потеря сознания*
4) головная боль*
5) рвота*
6) гемипарез или гемиплегия
7) анизокария
8) клонико-тонические судороги

6. ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
1) ретроградная амнезия*
2) наличие "светлого промежутка"
3) потеря сознания*
4) головная боль*
5) рвота*
6) гемипарез или гемиплегия*

7. ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ
1) экстракранеальная гематома*
2) кровотечение по задней стенке глотки
3) симптом "очков"
4) анизокария*
5) наличие "светлого промежутка"*
6) гемипарез*
7) судороги*

8. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
1) экстракранеальная гематома
2) кровотечение по задней стенке глотки*
3) симптом "очков"*
4) анизокария
5) нозальная ликворея*
6) ликворея и кровотечение из слухового хода*
7) наличие "светлого промежутка"
8) гемипарез

9. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТМЕЧАЕТСЯ
1) выбухание большого родничка
2) экстракраниальная гематома*
3) нозальная ликворея

4) боль при пальпации области повреждения*
5) вдавление по типу "целлулоидного мячика"*
6) оскольчатый вдавленный перелом
7) перелом костей свода черепа по типу трещин*

10. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1) Эхоэнцефалография*
2) люмбальная пункция*
3) спирометрия
4) ангиография*
5) офтальмоскопия*
6) компьютерная томография, МРТ*

11. ПРИ СОТРЯСЕННИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

1) наблюдение и лечение амбулаторное
2) антибактериальная терапия
3) постельный режим*
4) дегидротация, седативная и витаминотерапия*
5) санация ликвора люмбальной пункцией
6) гипербарическая оксигенация
7) гемостатическая терапия

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.9.:Травма органов брюшной полости.

Цель: овладение знаний студентами вопросов - Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости.

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

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз и назначить лечение

Обучающийся должен владеть: современными методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и

дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик Е., 8 лет, пострадал в результате дорожно-транспортного происшествия (сбит машиной), поступил приблизительно через 1 час после травмы. Общее состояние ребёнка очень тяжёлое, в сознании, вялый, правильно отвечает на вопросы. Кожные покровы бледно-серые, холодные, пальцы кистей, стоп с цианотическим оттенком. Язык сухой. Дыхание справа значительно ослаблено, слева проводится хорошо, имеется притупление тона при перкуссии грудной стенки справа от пятого межреберья и ниже. ЧД- 24-26 в минуту, ЧСС – 116 в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот вздут незначительно, болезненный при пальпации во всех отделах, больше справа, имеются положительные перитонеальные симптомы, щадит живот при дыхании. Границы печени и селезёнки не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физические отправления не нарушены. По катетеру из мочевого пузыря получена светлая, прозрачная моча. На границе брюшной и грудной стенок справа по боковой поверхности имеется обширный участок осаднения кожи, а также ссадины, гематомы на конечностях. В общем анализе крови гемоглобин 99 г/л, эритроциты $3{,}2\times10^{12}$/л, гемотокрит – 30%. При УЗИ брюшной полости определяется свободная жидкость под печенью и диафрагмой – до 100 мл; множественные контузионные очаги в печени. По УЗИ грудной клетки – в правой плевральной полости свободная жидкость до верхнего края лопатки.

Контрольные вопросы

1) *Ваш диагноз?*
2) *Биомеханизм травмы?*
3) *Классификация повреждений?*
4) *Дополнительные методы диагностики?*
5) *Тактика? Лечение?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием

конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1. Виды повреждений органов брюшной полости у детей.
2. Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов брюшной полости.
3. Повреждения паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочная железа). Диагностика. Принципы лечения.
4. Повреждения полых органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, брыжейка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка). Диагностика. Принципы лечения.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

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

2. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

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

3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

4. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

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

положительный симптом Пастернацкого

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.10: Травма органов грудной клетки.

Цель: овладение студентами знаний по вопросам - биомеханизм, виды повреждений органов грудной клетки. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органовгрудной клетки.

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, виды повреждений органов дыхательной системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов грудной клетки.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить методы лечения различных видов травм органов грудной клетки

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

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

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.**

1. Виды повреждений органов грудной полости у детей.
2. Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов грудной клетки.
3. Повреждения легких. Диагностика. Принципы лечения.
4. Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и принципы лечения.
5. Повреждения органов средостения. Диагностика. Принципы лечения.
6. Торакоскопическая хирургия у детей.

Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историей болезни
- 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 А., 13 лет, 21 июня попал в автомобильную катастрофу. Был доставлен в приемный покой ЦРБ машиной скорой помощи в крайне тяжёлом состоянии с кровохарканьем, резко выраженным цианозом, одышкой до 60 в минуту, западением

податливых мест грудной клетки. Ссадины на коже грудной клетки, подкожная эмфизема.

В лёгких слева и справа дыхание резко ослаблено, прослушиваются множественные разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца не прослушиваются.

Контрольные вопросы

1) *Ваш предварительный диагноз?*
2) *Показания для неотложных мероприятий?*
3) *Назначить противошоковую терапию*
4) *Методы дополнительного обследования?*
5) *Показания для бронхоскопии? Показания для торакотомии?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1) Виды повреждений органов грудной полости у детей.
2) Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов грудной клетки.
3) Повреждения легких. Диагностика. Принципы лечения.
4) Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и принципы лечения в возрастном аспекте.
5) Повреждения органов средостения. Диагностика. Принципы лечения.
6) Торакоскопическая хирургия у детей.

3). Поверить свои знания с применением тестового контроля

Тестовый контроль:

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

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

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

1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей*
2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение

наркотиков
4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

3. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ
1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
2) с помощью корсетов
3) оперативное лечение
4) одномоментную реклинацию и корсет
5) не требует лечения

4. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ
1) черепно-мозговая травма
2) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей*
3) повреждения позвоночника и таза
4) повреждения таза и верхних конечностей
5) повреждения верхних и нижних конечностей

5. ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ
1) падение с высоты и огнестрельные ранения
2) автотравма и падение с высоты*
3) синдром опасного обращения с детьми
4) огнестрельные ранения
5) рельсовая травма

6. ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ПРЕОБЛАДАЮТ
1) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей
2) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов
3) повреждения таза и конечностей
4) повреждения конечностей
5) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов*

7. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1) состояние жизненно важных функций*
2) степень кровотечения
3) болевая ирритация
4) коматозное состояние
5) степень шока

8. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО – ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) разрыв печени и диафрагмы
2) разрыв диафрагмы
3) ушиб сердца
4) открытый пневмоторакс
5) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого*

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.11.: Травма органов мочевыделительной системы. Синдром «острой мошонки».

Цель: овладение студентами знаний по вопросам - биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

Задачи: - рассмотреть биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить методы лечения различных видов травм органов мочевой системы

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

2.Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы для самоконтроля:

1.Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение

2.Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

3.Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение

4.Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры

5.Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.

3). Проверить свои знания с применением тестового контроля

Тестовый контроль:

2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию

2) обострение пиелонефрита

3) стеноз сформированного анастомоза*

4) камнеобразование

5) нагноение послеоперационной раны

3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

1) операцию Фолея

2) операцию Бонина

3) операцию Андерсона –Хайнса*

4) резекцию добавочного сосуда

5) уретеролизис

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) *1-2* *года*

2) 3-5 лет

3) 6-8 лет

4) по установлению диагноза*

5) в пубертатном периоде

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) 2-3-и сутки жизни*

2) 1-3 года

3) 4-5 лет

4) 6-8 лет

5) 9-15 лет

6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА

1) для удвоения почки

2) для гидронефроза

3) для нефроптоза

4) для разрыва почки*

5) для туберкулеза

7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома

2) пиурия, гематурия

3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогих местах, олигурия*

4) перелом костей таза, острая задержка мочи

5) почечная колика

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография

2) цистоскопия

3) цистография*

4) катетеризация мочевого пузыря

5) хромоцистоскопия

9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематурия

2) пиурия

3) острая задержка мочи*

4) дизурия

5) альбуминурия

10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

1) при цистоскопии

2) при антеградной урографии

3) при микционной цистоуретрографии*

4) при урофлоуметрии

5) при цистометрии

11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

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

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.12.:Термическая травма у детей.

Цель: овладение знаний студентами по вопросам - Виды ожогов, определение площади и глубины; клиника и диагностика ожогов мягких тканей; ожоговая болезнь; отморожения, электротравма. Способы лечения.

Задачи: - рассмотреть виды термических травм,

- обучить определению площади и глубины,

- изучить клинику и диагностику ожогов мягких тканей, ожоговой болезни, отморожений, электротравмы. Способы лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: Виды, определение площади и глубины, клиника и диагностика ожогов мягких тканей, ожоговой болезни, отморожений, электротравмы. Способы лечения.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия. Виды, определение площади и глубины, клиника и диагностика ожогов мягких тканей, ожоговой болезни, отморожений, электротравмы. Способы лечения.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомства с историями болезни
- Изучение лабораторных данных

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Девочка семи лет в цыганском таборе 11 июня около 18 часов получила ожог пламенем костра, известно, что на ней загорелась одежда.

Доставлена в хирургическое отделение центральной районной больницы. Состояние больной тяжелое, дыхание поверхностное, ЧД 36 в минуту, тоны сердца глуховатые, ритмичные, ЧСС 120 – 140 в минуту. Ожог IV степени составляет примерно 30%, III б степени – 5%. Ожоговая поверхность располагается на спине, обеих ягодицах, задней и боковой поверхностях бедер, в подмышечных областях, на внутренних поверхностях плеч. Ожоговая поверхность в виде плотного черного струпа.

Контрольные вопросы

1. *Расскажите о классификации термических ожогов.*
2. *От чего зависит тяжесть состояния больного с термическими поражениями?*
3. *Методы определения площади ожога?*
4. *Стадии ожоговой болезни? Их характеристика?*

5. Принципы лечения ожоговой болезни? Принципы местного лечения ожогов?

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены.

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:

Ожоги. Классификация, клиника, диагностика, лечение

Отморожения. Классификация, клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ОЖОГА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

8) гиперемия кожи в области поражений*
9) образование пузырей с серозной жидкостью
10) выраженная болезненность*
11) отечность*
12) потеря функции
13) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы
14) явления ожогового шока

2. ДЛЯ ОЖОГА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

8) гиперемия кожи в области поражений
9) выраженная болезненность*
10) отечность
11) потеря функции*
12) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы*
13) явления ожогового шока*
14) поражение фасций, сухожилий и мышц

3. ДЛЯ ОЖОГА ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

8) выраженная болезненность*
9) отечность
10) потеря функции*
11) коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы
12) явления ожогового шока*
13) поражение фасций, сухожилий и мышц*
14) обугливание тканей*

4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ТАБЛИЦЫ И СХЕМЫ

9) Ланда и Броудера*
10) Постникова*
11) Уоллеса (правило "девяток")
12) Беркоу
13) Вейденфельда
14) Вилявина
15) Дигби
16) Хильгенрайнера

5. ПРИ ГЛУБОКИХ СТЕПЕНЯХ ОТМОРОЖЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

1) растирании снегом, шерстью

2) погружении в теплую воду
3) наложении термоизолирующей повязки*
4) введении сосудорасширяющих средств*
5) футлярной новокаиновой блокаде

после растирания наложение масляно-бальзамической повязки

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.13.: Отработка практических навыков на симуляторах. Сдача практических навыков на больных.

Цель: Отработка практических навыков на симуляторах. Студенты показывают свои практические умения и сдают практические навыки на больных на базе 1 и 2 хирургических отделений ДОКБ.

Задачи: отработка практических навыков необходимых для диагностики хирургических заболеваний у детей. Сдача практических навыков.

Обучающийся должен знать: клинику, методы диагностики и лечения хирургических больных

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение.

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения хирургических больных

Контролируемые компетенции – ПК-1, ПК-2, ПК-4

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Студенты показывают свои практические умения и сдают практические навыки на больных на базе 1 и 2 хирургических отделений ДОКБ.

2. Практическая подготовка.

- Отработка практических навыков

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных

систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт кверху.

Контрольные вопросы

6. *О каком заболевании можно думать?*
7. *Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?*
8. *Дифференциальная диагностика?*
9. *Методы обследования? Диагностическая тактика?*
10. *Показанное лечение?*

В поликлинику на консультацию к детскому урологу-андрологу по направлению педиатра обратились родители с ребенком семи лет, у которого недавно был диагностирован двусторонний поликистоз почек. Жалоб ребёнок никогда не предъявляла, росла и развивалась соответственно возрасту, общий анализ мочи (трехкратный) без изменений.

Контрольные вопросы

1. *Классификация пороков развития мочевой системы?*
2. *Этиология, патогенез заболевания?*
3. *Показанное обследование?*
4. *Тактика и принципы лечения?*
5. *Диспансеризация детей с этой патологией? Возможные исходы?*

Девочка 2,5 лет поступила в клинику на первые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,9° С, тошноты и многократной рвоты. Стул был сегодня 1 раз, нормальный.

При поступлении состояние расценено как средней тяжести, температура тела 38,1° С. Язык сухой, покрыт серым налетом. Дыхание 24 в минуту, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту. При поверхностной пальпации живота выявляется напряжение мышц правой подвздошной области. На глубокую пальпацию живота ребенок отвечает плачем. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный справа.

Контрольные вопросы

6. *Ваш диагноз?*
7. *Этиология, патогенез заболевания?*
8. *Классификация заболевания?*
9. *Дополнительное обследование?*
10. *Лечебная тактика?*

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

подготовка к тестовому контролю по всему циклу «Детская хирургия»

Вопросы для тестового контроля по хирургии детского возраста

1 Местный ограниченный перитонит может быть в виде:
   А. -
   Б. -
2 Выберите метод обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита.
   А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.
   Б. Эндотрахеальный наркоз.
   В. Масочный наркоз.
   Г. Перидуральная анестезия.
3 При наступлении медикаментозного сна у детей с подозрением на острый аппендицит выявляют.
   А. -
   Б. -
4 Назовите особенности течения гнойной инфекции у детей.
   А. Склонность к ограничению.
   Б. Склонность к генерализации.
   В. Быстрое развитие интоксикации.
   Г. Брадикардия.
5 Причины врожденного гидронефроза у детей.
   А. Сужение устья мочеточника.
   Б. Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента.
   В. Высокое отхождение мочеточника.
   Г. Добавочный сосуд.
   Д. Инфравезикальная обструкция.
6 Всегда ли дисплазия тазобедренного сустава сопровождается подвывихом или вывихом?
   А. Да.
   Б. Нет.
7 В каком возрасте показано хирургическое лечение врожденной мышечной кривошеи?
   А. 1 мес.
   Б. 6-12 мес.
   В. 3 года.
8 С каким заболеванием необходимо дифференцировать травматические повреждения плечевой кости у новорожденного?
   А. Паралич Эрба.
   Б. Остеомиелит.
   В. Перелом ключицы.
   Г. Рахит.
9 Назовите клинические и рентгенологические признаки перфорации желудочно-кишечного тракта:
   А. -
   Б. -
10 Основными синдромами нарушения гомеостаза при перитоните являются:
   А. -
   Б. -
   В. –
   Г. -
11 Основные методы диагностики гидронефроза у детей:
   А. Экскреторная урография.
   Б. Цистография.
   В. Ультразвуковое исследование.
   Г. Цистоскопия.
12 Назовите характерную локализацию некротической флегмоны новорожденного:
   А. -
   Б. -
   В. -
13 Укажите формы острого гематогенного остеомиелита у детей.
   А. Латентная.

Б. Токсическая.
В. Местноочаговая (локализованная).
Г. Септикопиемическая (генерализованная).

14 Кровотечение из дивертикула Меккеля проявляется:
А. Боль при дефекации.
Б. Рвотой «кофейной гущей».
В. Выделения крови со слизью из прямой кишки.
Г. Коллаптойдным состоянием.
Д. Повышением температуры тела.

15 Какие виды остеохондропатий наиболее часто встречаются у детей?
А. -
Б. –
В. -

16 Укажите наиболее часто применяемые методы лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:
А. Одномоментная репозиция, закрытая.
Б. Скелетное вытяжение.
В. Интрамедуллярный остеосинтез.
Г. Остеосинтез по Илизарову.

17 Какие вы знаете формы портальной гипертензии у детей?
А. Подпеченочная.
Б. Надпеченочная.
В. Внепеченочная.
Г. Внутрипеченочная.
Д. Селезеночная.

18 Дополнительные методы диагностики опухолей у детей:
А. Радиоизотопное сканирование органа.
Б. Чрескожная пункционная биопсия.
В. Компьютерная томография.
Г. Ультразвуковое исследование.
Д. Биохимическое исследование.
Е. Общие клинические исследования.

19 Показания к консервативному лечению грыжи пупочного канатика:
А. -
Б. -

20 Выберите формы механической кишечной непроходимости?
А. Обтурационная.
Б. Спастическая.
В. Странгуляционная.
Г. Паралитическая.
Д. Инвагинация.
Е. Спаечная.

21 При транспортировке новорожденного с атрезией пищевода следует проводить:
А. -
Б. -
В. -

22 У обследуемого ребенка определяется супинация предплечья до 60°, пронация до 70°. Можно ли считать объем ротационных движений в локтевом суставе полным?
А. Да.
Б. Нет.

23 При дисплазии тазобедренного сустава ацетабулярный индекс…
А. Не изменяется
Б. Увеличивается.
В. Уменьшается.

24 Перечислите основные виды переломов костей таза у детей.
А. -
Б. –

В. -
Г. -

25 Врожденный мегаколон наблюдается при заболеваниях:
А. Болезни Гиршпрунга.
Б. Психогенных запорах.
В. Аноректальных врожденных пороках развития.

26 Усиленная перистальтика желудка при пилоростенозе проявляется.
А. Вздутием эпигастральной области.
Б. Симптом Вааля.
В. Симптом «песочных часов».

27 Атрезия прямой кишки, не требующая экстренного оперативного лечения:
А. Со свищем на промежность.
Б. Со свищем в уретру.
В. Со свищом в преддверие влагалища.

28 Мекониальная непроходимость чаще всего развивается на уровне:
А. Тощей кишки.
Б. Терминального отдела подвздошной кишки.
В. Поперечно-ободочной кишки.

29 Полная высокая кишечная непроходимость у новорожденных рентгенологически характеризуется:
А. Чашами Клойбера.
Б. Отсутствием газа в нижних отделах кишечника.
В. Двумя уровнями жидкости с газовыми пузырями соответственно растянутому желудку и двенадцатиперстной кишки.

30 При врожденной косолапости средней степени тяжести:
А. Деформация стопы не коррегируется.
Б. Деформация стопы устраняется почти полностью.
В. Деформация поддается частичной коррекции.

31 Укажите характерные симптомы травматического вывиха бедра:
А. Нарушение линии Розера-Нелатона.
Б. Уменьшение абсолютной длины конечности.
В. Симптом прилипшей пятки.
Г. Вынужденное положение ноги и симптом пружинящего сопротивления.

32 При врожденном вывихе бедра наиболее эффективным будет лечение, начатое …
А. В роддоме.
Б. В 3 мес.
В. В 6 мес.
Г. После года.

33 В клинике перитонита выделяют основные синдромы:
А. Интоксикационно-воспалительный.
Б. Гипергликемический.
В. Вводно-солевых расстройств.
Г. Нарушение КЩС.

34 По распространенности процесса различают перитонит:
А. -
Б. –
В. –
Г. -

35 Выберите легочно-плевральные осложнения деструктивных пневмоний:
А. Пиоторакс.
Б. Пиопневматоракс.
В. Гидроторакс.
Г. Пневмоторакс.
Д. Хилоторакс.

36 Назовите основные принципы лечения хирургической инфекции:
А. -
Б. -

В. -

37 У ребенка 6 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Ваша тактика?

А. Срочная операция.

Б. Операция в плановом порядке.

В. Консервативное лечение.

Г. Наблюдение.

Д. Исследование с бариевой взвесью.

38 Какой способ наиболее приемлем в лечении ребенка с переломом тела VII шейного позвонка?

А. Оперативный.

Б. Вытяжение за петлю Глиссона на наклонной плоскости.

В. Закрытая репозиция.

Г. Скелетное вытяжение.

39 Назовите основные этапы местного лечения термических ожогов?

А. -

Б. -

В. -

40 Синдром Ледда это -

А. Заворот «средней кишки».

Б. Сочетание врожденного заворота средней кишки с высоким расположением слепой кишки и сдавлением двенадцатиперстной кишки тяжами брюшины.

В. Сочетание врожденного заворота кишок с атрезией двенадцатиперстной кишки.

41 Дифференциальный диагноз врожденного пилоростеноза проводят с:

А. -

Б. -

42 Ложная грыжа диафрагмы содержит элементы:

А. Грыжевые ворота.

Б. Грыжевое содержимое.

В. Грыжевой мешок.

43 Назовите формы внутрилегочной деструкции:

А. Бронхиальная.

Б. Абсцедирующая.

В. Буллезная.

Г. Лимфогенная.

44 С какими заболеваниями проводят диагностику при гнойном омфалите.

А. Частичное незаращение желточного протока.

Б. Гранулема пупка.

В. Пупочная грыжа.

Г. Частичное незаращение мочевого протока.

45 Укажите сроки консолидации неосложненных переломов бедренной кости у новорожденных:

А. 7 дней.

Б. 10 дней.

В. 14 дней.

Г. 21 день.

46 Абсолютными признаками ушиба головного мозга являются:

А. Примесь крови в спинномозговой жидкости.

Б. Рвота после травмы.

В. Потеря сознания.

Г. Перелом свода или основания черепа.

Д. Очаговые симптомы (анизокория, параличи конечностей, афазия).

47 Кистозные аномалии почек:

А. Агенезия.

Б. Тазовая дистопия.
В. Губчатая почка.
Г. Солитарная киста почки.

48 При наступлении медикаментозного сна у детей с подозрением на острый аппендицит выявляют:

А. -
Б. -

49 Назовите основные виды странгуляционной кишечной непроходимости у детей:

А. Заворот кишок.
Б. Копростаз.
В. Атония кишечника.
Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля.

50 Назовите характерные симптомы инвагинации кишечника:

А. -
Б. –
В. –
Г. -

Ответы для тестового контроля по хирургии детского возраста

А. Абсцесса. Б. Инфильтрата

51 Б.
52 А. локальная болезненность Б. Локальное пассивное напряжение
53 Б,В.
54 Б,В,Г
55 Б.
56 В.
57 А,Б.
58 А. Отсутствие или уменьшение печеночной тупости.
Б. На обзорной рентгенограмме – газ под куполом диафрагмы.
59 А. Интоксикация
Б. Нарушение гемодинамики.
В. Нарушение КЩС
Г. Нарушение водно-электролитного баланса
60 А,В.
61 А. Крестцово-копчиковая область.
Б. Лопаточная область.
В. Передняя и боковая поверхность грудной клетки.
62 Б,В,Г.
63 В,Г.
64 А. Болезнь Шейермана-Мау.
Б. Болезнь Пертеса.
В. Болезнь Осгуда-Шлаттера.
65 Б.
66 А,Б,Г.
67 А,Б,В,Г.
68 А. Тяжелые сопутствующие пороки и заболевания.
Б. Большие размеры грыжи.
69 А,В,Д,Е.
70 А. Оксигенотерапию.
Б. Отсасывание слизи из верхнего сегмента пищевода.
В. Поддержание оптимальной температуры тела.

71 Б.
72 Б.
73 А. Краевые.

Б. Без нарушения непрерывности тазового кольца.

В. С нарушением непрерывности тазового кольца.

Г. Переломы вертлужной впадины.
74 А,Б.
75 В.
76 А,В.
77 Б.
78 Б,В.
79 В.
80 А,Г.
81 А.
82 А,В,Г.
83 А. Местный отграниченный. Б. Местный не отграниченный .

В. Общий разлитой. В. Общий диффузный.
84 А,Б,Г.
85 А. Воздействие на микроорганизм (Антибактериальная терапия).

Б. Воздействие на макроорганизм (Детоксикационная, Иммунотерапия, коррекция нарушения обменных процессов и КЩР, устранение гипертермического синдрома, по показаниям сердечные средства, оксигенотерапия, витамины).

В. Лечение очага инфекции, включая хирургические методы.
86 А.
87 Б.
88 А. Первичный туалет ожога.

Б. При поверхностных ожогах – местное консервативное лечение, при глубоких ожогах – ранняя некрэктомия.

В. Аутодермопластика.
89 Б.
90 А. Пилороспазм.

Б. Халазией кардии у детей с выраженной энцефалопатией (функциональный характер халазии), реже при врожденном коротком пищеводе или эзофагиальной грыже.
91 А,Б.
92 Б,В.
93 А,Б,Г.
94 В.
95 Д,А.
96 В,Г.
97 А. Симптом локальной болезненности

Б. Напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области.
98 А,Г.
99 А. Схваткообразная боль в животе, выявляемая по своеобразному поведению ребенка.

Б. Рвота.

В. Выделение крови со слизью из заднего прохода (Симптом «малинового желе»).

Г. Симптом пальпируемой опухоли.

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

Тема 8.14.: Тестовый контроль.

Цель: оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

Задачи: оценить знания студентов по вопросам хирургических заболеваний детского возраста

Обучающийся должен знать: клинику, диагностику, лечение, реабилитацию хирургических больных детского возраста.

Обучающийся должен уметь: поставить диагноз, назначить лечение

Обучающийся должен владеть: методами диагностики и лечения

Контролируемые компетенции- ПК-1, ПК-2, ПК-4

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. сдача тестового контроля
2. **Практическая подготовка – не предусмотрена РП**
3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. гипертермия. диагноз

1. флегмона кисти *
2. кожный панариций
3. подкожный панариций
4. костный панариций
5. сухожильный панариций

БОЛЬНОЙ К. 14 ЛЕТ, доставлен в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в правом бедре и правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что болен в течение 1,5 лет, связывает начало заболевания с травмой коленного сустава 2 года назад, когда на ушиб правый коленный сустав. 1,5 года назад появилась незначительная болезненность в правом коленном суставе, не связанная с физической нагрузкой, нарушился сон. Шесть месяцев назад появилась припухлость правого коленного сустава, боли усилились. Три дня назад поднялась температура до 37,5°С, ночью плохо спит, беспокоят боли в покое в правом коленном суставе, появилась пастозность мягких тканей нижней трети бедра. Дома самостоятельно принимал аспирин, боли не купировались. Локально: правое бедро в н/3 увеличено в объеме, на фоне бледных кожных покровов выражена подкожная венозная сеть. Активные и пассивные движения в коленном суставе ограничены, болезненны. Походка нарушена – “хромает на правую ногу”. Пальпация и перкуссия правого бедра и голени болезненна.

Нагрузка по оси безболезненная. Проведена R правого бедра с захватом коленного сустава: определяется остеопароз бедра и симптом “козырька” в метафизарной зоне.

1) Атипичная форма гематогенного остеомиелита
2) Острый гематогенный остеомиелит
3) Остеогенная саркома*
4) Эпифизарный остеомиелит
5) Вторичный хронический остеомиелит

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

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

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

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

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: тестовый контроль по всем разделам дисциплины «Детская хирургия»

Примеры тестовых заданий:

1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) недостатком IgA
2) недостатком IgM
3) недостатком IgG*
4) незавершенным фагоцитозом
5) низкой кислотностью желудочного сока

2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО

1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
4) воспаление нескольких потовых желез
5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер *

4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

1) консервативной терапии*

2) хирургического вмешательства

3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)

4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией

5) данная форма не требует стационарного лечения

5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) врожденный порок развития урахуса

2) врожденный порок развития желточного протока

3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану*

4) гематогенное поражение пупочного остатка

5) лимфогенное поражение пупочного остатка

6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) не требуется

2) вскрытие по центру флюктуации

3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей*

4) разрезы и дренирование выпускниками

5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ

1) таблетированные

2) мазевые

3) парентеральные

4) свечи

5) гелевые *

8. ТЕНДЕНЦИЯ К ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) особенностями вскармливания

2) склонностью к гипертермии

3) травмой ЦНС в анамнезе

4) относительной незрелостью органов и тканей *

5)токсикозом I половины беременности

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1)стафилококк *

2)стрептококк

3)кишечная палочка

4)протей

5)синегнойная палочка

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам

2) быстрая адаптация к лекарственным препаратам *

3) малая распространенность в окружающей среде

4) стертость клинических проявлений

5) редко развивается антибиотикорезистентность

11. ЭКССУДАЦИЯ, КАК ОДНА ИЗ ФАЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, ПРОТЕКАЕТ В СРОКИ

1) двое суток

2) 1 сутки *

3) трое суток

4) четверо суток

5)неделю

12. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ, КАК ОДНА ИЗ ФАЗ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА, ПРОТЕКАЕТ В СРОКИ:

1) сутки

2) вторые-четвертые сутки *

3)пятые-шестые сутки

4)седьмые-десятые сутки

5)невозможно определить

13. ОЧИЩЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ

1) на вторые-третьи сутки

2) на четвертые-шестые сутки *

3) на седьмые-десятые сутки

4) к концу второй недели

5) спустя две недели

14. РЕПАРАЦИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ

1) на вторые-третьи сутки

2) на четвертые-шестые сутки

3) на седьмые-десятые сутки *

4) к концу второй недели

5) спустя две недели

15. В ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ:

1) вирулентность микрофлоры

2) сенсибилизация организма

3)иммунологическая реактивность организма

4) антибиотикорезистентность возбудителя

5) в анамнезе натальная травма ЦНС *

16. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

1) ускорение заживления раны

2) снижение интоксикации

3) купирование раневой инфекции

4) предупреждение генерализации процесса

5) антибактериальное воздействие *

17. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГИГРОСКОПИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МАРЛЕВОГО ТАМПОНА В ГНОЙНОЙ РАНЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 2-1 часа *

2) 4-1 часов

3) 7-1 часов

3) 7-2 часов

4) 10-12 часов

5)индивидуально

18. ГЛАВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ РЕЗИНОВОГО ВЫПУСКНИКА В ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) активная аспирация
2) пассивный отток *
3) капиллярные свойства
4) гигроскопические свойства
5) сочетание свойств

19. ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОКАЗАНО В ФАЗЕ

1) индивидуально
2) реорганизации
3)регенерации
4) абсцедирования *
5) во всех перечисленных фазах

20. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ АКТИВНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1)механическое очищение очага *
2)антибактериальное воздействие
3) предупреждение распространения местного процесса
4)предупреждение генерализации воспалительного процесса
5)противовоспалительный фактор

21. РАННИЕ ВТОРИЧНЫЕ ШВЫ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАКЛАДЫВАЮТ

1) на 3-4-й день
2) на 5-6-й день
3) на 7-10-й день *
4) на 10-12-й день
5) на 12-14-й день

22. ПОЗДНИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАКЛАДЫВАЮТ

1) на 3-4-й день
2) на 5-6-й день
3) на 2-й неделе
4) на 3-4-й неделе *
5) в зависимости от состояния раны

23. ПРИМЕНЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ШВОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НЕ ОБЕСПЕЧИТ

1) сокращение сроков заживления
2) снижение опасности госпитального инфицирования
3)уменьшение потерь с раневым отделяемым
4) улучшение косметических результатов
5)ускорение сроков смены фаз воспаления *

24. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ШВОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) улучшение самочувствия больного
2) отсутствие температуры
3)нормализация лабораторных показателей
4) купирование перифокального воспаления
5) начало репаративной фазы *

25. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ В ОБЛАСТИ ШЕИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ДИАМЕТРОМ 1 СМ, С УЧАСТКОМ ГНОЙНОГО НЕКРОЗА НА ВЕРХУШКЕ. СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ЭТА КАРТИНА ХАРАКТЕРНА

1) для фурункула *
2) для карбункула
3) для флегмоны
4) для фурункулеза
5) для псевдофурункулеза

26. У РЕБЕНКА АБСЦЕДИРУЮШИЙ ФУРУНКУЛ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ. ЕМУ НЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНИМАТЬ
1)госпитализацию
2)антибиотикотерапию
3)физиотерапию
4) мазевые повязки
5) радикальное оперативное лечение *

27. УВЕЛИЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ НЕ СВЯЗАНО С
1) изменением сопротивляемости микроорганизма
2) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры
3) расширением инвазивных методов диагностики и лечения
4) распространенностью внутригоспитальной инфекции
5) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов *

28. ПОНЯТИЕ «ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЕПСИС» У ДЕТЕЙ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ
1) общее тяжелое инфекционное состояние
2) наличие местного очага инфекции
3)измененную реактивность организма
4)необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии
5)показания к назначению гормональной терапии *

29. ПАТОГЕНЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ
1) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность)
2) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений)
3)неспецифическая реактивность организма
4) специфическая реактивность организма
5) ранее проведенное антибактериальное лечение *

30. РАЗМНОЖЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ СЕПСИСЕ ПРОИСХОДИТ, КАК ПРАВИЛО
1) в первичном очаге
2) во вторичном очаге
3) в крови *
4) в зависимости от индивидуальных особенностей
5) возможны все варианты

31. О РАЗВИТИИ ШОКА У СЕПТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
1) постепенное ухудшение состояния больного
2) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции *
3) наличие метаболических нарушений
4) длительная гипертермия
5) наличие метастатических очагов инфекции

32. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА
1) проводниковая анестезия
2) инфильтрационная анестезия
3) масочный наркоз *

4) интубационный наркоз
5) местно хлорэтил

33. ПОЯВЛЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ
1) на 1-2-й день болезни
2) на 4-6-й день болезни
3) на 7-9-й день болезни *
4) па 10-12-й день болезни
5) на 13-15-й день болезни

34. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ
1) 1-2 минут *
2) 10-15 минут
3) 20-25 минут
4) 30-40 минут
5) 60 минут

35. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
1) измерение внутрикостного давления
2) дополнительную остеоперфорацию *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

36. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ
1) дополнительную остеоперфорацию
2) измерение внутрикостного давления *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

37. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТРЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ
1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному *
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

38. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
1) к обрывному *
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

39. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому *
5) к септикопиемическому

40. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
1) к обрывному
2) к затяжному *
3) к молниеносному
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

41. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ
1) до 1 месяца
2) до 2-3 месяцев *
3) до 4-8 месяцев
4) до 8-10 месяцев
5) до 1 года

42. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА
1) срочная остеоперфорация
2) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
5) внутрикостное введение антибиотиков

43. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) диагностическая пункция мягких тканей
2) остеофлебография
3) электрорентгенография
4) измерение внутрикостного давления
5) бактериоскопия мазка *

44. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА
1) срочная операция
2) плановая операция *
3) диагностическая пункция
4) наблюдение
5) антибиотикотерапия

45. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ КЛИНИКА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА. ВТОРОЙ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ. ПРИ ПУНКЦИИ ТКАНЕЙ ГНОЯ НЕ ПОЛУЧЕНО. ОПЕРАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ
1) разрез мягких тканей
2) кожный разрез, остеоперфорацию
3) разрез мягких тканей, остеоперфорацию *
4) антибиотики внутривенно

5) антибиотики внутримышечно

46. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ (МЕТАДИАФИЗАРНОМ ПОРАЖЕНИИ) СТРОГАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА В СРОКИ

1) 1 неделя
2) 1-1,5 недели *
3) 1 месяц
4) до 2 месяцев
5) не показана

47. БОЛЬНОМУ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СФОРМИРОВАННОЙ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ ПОКАЗАНО

1) оперативное вмешательство по Ворончихину
2) секвестрэктомия *
3) наблюдение
4) курс физиотерапии
5) внутрикостное введение антибиотиков

48. БОЛЬНОМУ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ДИФФУЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ ПОКАЗАНО

1) множественные чрескожные остеоперфорации *
2) секвестрэктомия
3) наблюдение
4) курс физиотерапии
5) внутрикостное введение антибиотиков

49. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЗА НОРМУ ПРИНИМАЕТСЯ УРОВЕНЬ

1) ниже 90 мм водн. ст.
2) 96-122 мм водн. ст. *
3) 122-140 мм водн. ст.
4) 140-160 мм водн. ст.
5) 160-180 мм водн. ст.

50. ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЬНОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОКАЗАНО

1) при наличии боли в конечности и высокой температуре
2) при указании в анамнезе па травму и отсутствии повреждений
3) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава
4) при синдроме заболевания мягких тканей
5) во всех указанных случаях *

51. ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ

1) уточнить диагноз в неясных случаях
2) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования
3) снизить внутрикостное давление
4) снять боль
5) полностью санировать очаг воспаления *

52. СРОКИ ДРЕНИРОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1) характером и количеством патологического отделяемого *
2) улучшением самочувствия
3) динамикой лабораторных показателей

4) динамикой рентгенологических данных

5)купированием болевого синдрома

53. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

1) необходимый покой

2) уменьшение болей и ограничение воспалительной реакции

3)предупреждение развития контрактур

4)предупреждение развития вывихов и деформаций

5)ускорение восстановления костной ткани *

54. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала *

2) симптом периостальной реакции

3)уплотнение структуры параоссальных тканей

4) размытость и нечеткость кортикального слоя кости

5) явления пятнистого остеопороза

55. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1) травма

2) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя *

3)длительное течение ОРВИ

4) неполноценное питание

5) сенсибилизация организма

56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) золотистый стафилококк *

2)стрептококк

3) протей

4)синегнойная палочка

5)кишечная палочка

57. ОШИБКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНИФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ СЧИТАЮТ

1) пункцию сустава

2) сквозное дренирование сустава

3)дренирование параартикулярного пространства

4) артротомию *

5) повторные пункции сустава

58. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОКАЗАНО

1) назначение антибактериальной терапии, наблюдение

2)диагностическая пункция сустава *

3) дренирование сустава

4)остеоперфорация

5)остеопункция и измерение внутрикостного давления

59. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОНТРОЛЬНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СРОКИ

1) 1 неделя

2) 1,5 недели

3) 1 недели *

4) 2,5 недели
5) 3 недели

60. ПОЛНАЯ НАГРУЗКА ПА КОНЕЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПРОЦЕССА ДОПУСКАЕТСЯ, В СРЕДНЕМ, ЧЕРЕЗ
1) 2 месяца
2) 3 месяца
3) 4 месяца
4) 5 месяцев
5) 6 месяцев *

61. ДРЕНИРОВАНИЕ И ПРОМЫВАНИЕ КОСТНОМОЗГОВОГО КАНАЛА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНО
1) при значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости
2) всегда для введения антибиотиков *
3) не показано
4) при получении крови под большим давлением
5) при антибиотикорезистентности возбудителя заболевания

62. ОБ ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ИСХОДЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МОЖНО СУДИТЬ ПО ИСТЕЧЕНИИ
1) 6 месяцев
2) 6-8 месяцев
3) 1 года
4) 1,5-2 лет *
5) 3 лет

63. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛОЕ, ОДЫШКА, ВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОЛОСТЬ С УРОВНЕМ ЖИДКОСТИ И ПЕРИФОКАЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ В ПРОЕКЦИИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. УКАЖИТЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
1) пиопневмоторакс
2) буллезная форма бактериальной деструкции легких
3) абсцесс легкого *
4) пиоторакс
5) медиастинальная эмфизема

64. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВУАЛЕПОДОБНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ. ЭТО СВЯЗАНО
1) с абсцессом легкого
2) с тотальной эмпиемой плевры
3) с осумкованным плевритом
4) с плащевидным плевритом *
5) с буллезной формой бактериальной деструкции легких

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

Основы гнойной хирургии детского возраста: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - /Сост.: Разин М.П., Стрелков Н.С., Скобелев В.А., Галкин В.Н. - М.:

ИД «МЕДПРАКТИКА - М», 2012. -148 с.

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

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

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе учебной дисциплины «Детская хирургия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

Кафедра детской хирургии

Автор(ы) зав. кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор М.П. Разин, к.м.н., доцент Н.К. Сухих, к.м.н., доцент В.А. Скобелев к.м.н., доцент В.А. Махнева, к.м.н., доцент А.В. Смирнов

С 2025 / 2026 учебного года в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

Раздел 1. Общие вопросы детской хирургии

Тема 1.2. Современные методы исследования в детской хирургии дополнить и читать в следующей редакции:

Цель: изучение наиболее широко применяющихся современных методов диагностики в детской хирургии и семиотику детских хирургических заболеваний.

Задачи:

- рассмотреть современные методы исследований у детей с хирургическими заболеваниями: эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические, радиоизотопные, магниторезонансные методы диагностики;

- обучить методам диагностики и применению их на практике, определять показания к назначению этих методов;

- изучить принципы, показания и противопоказания, преимущества и недостатки различных методов. Семиотика заболеваний органов брюшной, грудной полостей, мочевого тракта.

- обучить методу оценки органной недостаточности, риска смертности и сепсиса детей хирургического профиля

- сформировать необходимые компетенции - ПК-1, ПК-2, ПК-4

Обучающийся должен знать: физические механизмы, применяемые в современных методах диагностики; использование современных методов диагностики в детской хирургии в зависимости от нозологической причастности патологии.

Обучающийся должен уметь: назначать необходимые методы диагностики при различных хирургических заболеваниях, определять показания и противопоказания к назначению эндоскопии, КТ, МРТ, УЗИ, радиоизотопной диагностики.

Обучающийся должен владеть: правильно интерпретировать данные обследований для правильной постановки диагноза, навыками оптимального выбора диагностических методик при различной детской хирургической патологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия: Радиоизотопная диагностика органов и систем организма ребёнка. Ультразвуковая диагностика. Эндоскопия в детской хирургии. Лапароскопия у детей. Семиотика заболеваний органов брюшной полости. Семиотика заболеваний органов грудной полости. Семиотика заболеваний органов мочевыделительной системы.

2. Практическая подготовка.

- Курация больных
- Разбор клинических больных
- Отработка практических навыков
- Знакомство с историями болезней.
- Изучение рентгенограмм
- **Изучение педиатрической шкалы SOFA (pSOFA) для детей с сепсисом и шкалы nSOFA для новорожденных, ручной подсчет и с использованием Искусственного интеллекта (ИИ).**

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура $37,2^0$, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?

А) рентгенография;
Б) МРТ;*
В) ангиография;
Г) УЗИ;
Д) сцинтиграфия

4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены

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) Радиоизотопная диагностика (диагностика эктопированной и дистопированной слизистой желудка, спленопортография, исследование мочевыделительной системы у детей)
2) Ультразвуковая диагностика (органы пищеварения, легкие, сердце, почки, мочевой пузырь)
3) Эндоскопия в детской хирургии (бронхоскопия, ФГДС, колоноскопия)
4) Лапароскопия у детей (показания, техника, возможности)
5) Применение лазеров в детской хирургии
6) Применение магнитов в детской хирургии
7) Микрохирургия у детей
8) Семиотика заболеваний органов брюшной полости
9) Семиотика заболеваний органов грудной полости
10) Семиотика заболеваний органов мочевыделительной системы

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовый контроль:

1. Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела $37,3^0$, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз?

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

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

А) Рентгенологический;

Б) Радиоизотопный;

В) Фиброгастроскопия;*

Г) Ангиография;

Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 7,6х109/л, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% (1,22х109/л), В-лимфоциты – 20% (0,35х109/л), CD4-клетки – 38%, CD8-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная?

А) дезинтоксикационной;

Б) витаминотерапии;

В) химиотерапии;

Г) иммунотропной;*

Д) лучевой

3. Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на асимметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае?

А) обзорная рентгенография;

Б) ирригография;

В) экскреторная урография;*

Г) ангиография;

Д) КТ

4. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 12,8х109/л, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% (0,68х109/л), В-лимфоциты – 31,2% (0,68х109/л), CD4-клетки – 57%, CD8-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?

А) иммунозаместительный специфический;

Б) иммуномодулирующий;*

В) иммуностимулирующий;

Г) иммунодепрессантный;

Д) иммунозаместительный неспецифический

5. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным?

А) бронхография;

Б) нейросонография;

В) обзорная рентгенография;

Г) эзофагография;*

Д) УЗИ

6. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура 37,20, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?

А) рентгенография;

Б) МРТ;*

В) ангиография;

Г) УЗИ;

Д) сцинтиграфия

7. Больной К, 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз?

А) нефробластома;

Б) врожденный гидронефроз;*

В) уретерогидронефроз;

Г) травма органов забрюшинного пространства;

Д) мультикистоз почки

Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?

А) цистография;

Б) УЗИ;*

В) экскреторная урография;

Г) обзорная рентгенография;

Рекомендуемая литература:

Основная:

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

Дополнительная:

М.П. Разин. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Издание второе, переработанное и дополненное / Разин М.П., Шешунов И.В., Игнатьев С.В., Сухих Н.К. - Киров: ООО «Кировская областная типография», 2013. - 144с.

Клинические рекомендации РФ 2025: Сепсис у детей. 110с.

Клинические рекомендации РФ 2025: Сепсис новорожденных. 98с.

Клинические рекомендации РФ 2023: Менингококковая инфекция у детей. 52с.

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«18» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор М.П. Разин

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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)

«Детская хирургия»

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

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/зачтено	Хорошо/ зачтено	Отлично/ зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие ребенка.						
Знать	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологи-	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болез-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональ-	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания,	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	ческих процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	ней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	ные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	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.	реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	
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	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 опре-	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;	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	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	и причин, ее вызывающих.	деления патологии и причин, ее вызывающих.	синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.	навыков, защита истории болезни	
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 в возрастном аспекте.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской						

помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Общие, но не структурированные знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Сформированные систематические знания методов диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направ-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение харак-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение	Сформированное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления,	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания,	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	лять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	теристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	определение характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	Успешное и систематическое применение навыков владения правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории бо-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

					лезни	
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями) у детей, устанавливает окончательный диагноз на основе МКБ.						
Знать	Фрагментарные знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Общие, но не структурированные знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Сформированные систематические знания причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз,	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз,	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный	Частично освоенное умение интерпретировать результаты обследования, поставить пред-	Собеседование, тестирование, инди-	Собеседование, тестирование, при-

	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	варительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	видуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	ем практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	Успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навы-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

					ков, защита истории болезни	
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям.						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированные систематические знания стандартов и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболе-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать тактику оказания первичной медико-сани-	Сформированное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи де-	Собеседование, тестирование, индивиду-	Собеседование, тестирование, прием

	ваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. …	тарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	тям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	альные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	практических навыков
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 па-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков,	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

				циента и не требующих экстренной медицинской помощи.	защита истории болезни	
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.2. Подбирает ребенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Общие, но не структурированные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Сформированные систематические знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозо-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику веде-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать такти-	Сформированное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с	Собеседование, тестирова-	Собеседование, тестирова-

	логическими формами.	ния пациентов с различными нозологическими формами.	ку ведения пациентов с различными нозологическими формами.	различными нозологическими формами.	ние, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	ние, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Успешное и систематическое применение навыков методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практиче-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

					ских навыков, защита истории болезни	
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.						
Знать	Фрагментарные знания клинико-фармакологической характеристики 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-фармакологической характеристики 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-фармакологической характеристики основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний	Сформированные систематические знания клинико-фармакологической характеристики основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать	Сформированное умение оценивать состояние пациента	Собеседование, тести-	Собеседование, тести-

	о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	рование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	рование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной пато-	Успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием прак-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

			логии.	мероприятий при инфекционной патологии.	тических навыков, защита истории болезни	
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей.						
Знать	Фрагментарные знания клинико-фармакологическую характеристику 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 состояний.	Сформированные систематические знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение оценивать основные лечебно-диагностические мероприятия при	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать основные ле-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать основные ле-	Сформированное умение оценивать основные лечебно-диагности-	Собеседование, тестирова-	Собеседование, тестирова-

	различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	чебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	чебно-диагностические мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	ческие мероприятия при различных нозологических формах; основные положения фармакологии, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты.	ние, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	ние, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных за-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками применения лекарственных средств, при	Успешное и систематическое применение навыков владения методами алгоритма выбора медикаментозной немедикаментозной терапии. Навыками примене-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефе-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	болеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	ния лекарственных средств, при лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков с учетом фармакокинетических и фармакодинамических особенностей фармакологических средств, их побочных эффектов и противопоказаний.	рат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	
ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.5. Оказывает медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний						
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 медици-	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 экстрен-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождаю	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хрониче-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллокви	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	нской помощи.	ной медицинской помощи.	щихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	ских заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	ум, прием практических навыков, защита истории болезни	
Уметь	Частично освоенное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированное умение разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения способностью оказывать первичную	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения способностью	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение на-	Успешное и систематическое применение навыков владе-	Собеседование, тести-	Собеседование, тести-

	медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	выков 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.	ния 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.	рование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	рование, прием практических навыков
ПК- 4 Способен проводить профилактические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди детей и их родителей						
ИД ПК 4.1. Проводит осмотры детей в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами, устанавливает группу здоровья ребенка.						
Знать	Фрагментарные знания принципов и методов проведения санитарно-просветительной работы, основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; анатомо-физиологические, возрастно-	Общие, но не структурированные знания принципов и методов проведения санитарно-просветительной работы, основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков; анатомо-физио-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов и методов проведения санитарно-просветительной работы, основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья дет-	Сформированные систематические знания принципов и методов проведения санитарно-просветительной работы, основы профилактической медицины, направленной на	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефе-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

	половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного.	логические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного.	ского населения и подростков; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного.	укрепление здоровья детского населения и подростков; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного.	рат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	
Уметь	Частично освоенное умение проводить санитарно-просветительную работу среди различных групп населения, проводить профилактические осмотры, мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропагандировать здоровый образ жизни.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить санитарно-просветительную работу среди различных групп населения, проводить профилактические осмотры, мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропагандировать здоровый образ жизни.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить санитарно-просветительную работу среди различных групп населения, проводить профилактические осмотры, мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропагандировать здоровый образ жизни.	Сформированное умение проводить санитарно-просветительную работу среди различных групп населения, проводить профилактические осмотры, мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропаган-	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

				дировать здоровый образ жизни.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методиками проведения санпросветработы по общим и специальным вопросам, методикой проведения профилактических осмотров, мероприятий по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды и формированию навыков здорового образа жизни.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение владения методиками проведения санпросветработы по общим и специальным вопросам, методикой проведения профилактических осмотров, мероприятий по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды и формированию навыков здорового образа жизни.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение владения методиками проведения санпросветработы по общим и специальным вопросам, методикой проведения профилактических осмотров, мероприятий по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды и формированию навыков здорового образа жизни.	Сформированное умение владения методиками проведения санпросветработы по общим и специальным вопросам, методикой проведения профилактических осмотров, мероприятий по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды и формированию навыков здорового образа жизни.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков
ПК-4 Способен проводить профилактические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди детей и их родителей						
ИД ПК 4.5. Назначает и контролирует профилактические, лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом группы здоровья ребенка, диагноза, факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.						
Знать	Фрагментарные знания современных методов оценки природных и медико-соци-	Общие, но не структурированные знания современных методов оценки природных и	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных	Сформированные систематические знания современ-	Собеседование, тести-	Собеседование, тести-

	альных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще- оздоровительных мероприятий.	медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще-оздоровительных мероприятий.	методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще- оздоровительных мероприятий.	ных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще- оздоровительных мероприятий.	рование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	рование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздо-	Сформированное умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием прак-	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

			ровительных мероприятий	профилактических и общеоздоровительных мероприятий	тических навыков, защита истории болезни	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Успешное и систематическое применение навыков владения методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков, защита истории болезни	Собеседование, тестирование, прием практических навыков

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

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

Код компетенции	***Комплект заданий для оценки сформированности компетенций***

ПК- 1	**Примерные вопросы к зачету (экзамену)** **(с № 1 по №18 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Аденофлегмона подчелюстной области 2. Атрезия ануса и прямой кишки 3. Атрезия желчных путей 4. Ахалазия пищевода 5. Бактериально-деструктивная пневмония 6. Бронхоэктатическая болезнь 7. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря 8. Внезапная остановка сердца 9. Врожденная высокая непроходимость ЖКТ 10. Врожденная диафрагмальная грыжа 11. Врожденная лобарная эмфизема 12. Врожденная высокая кишечная непроходимость 13. Врожденный гидронефроз 14. Врожденный заворот кишечника 15. Врожденный пилоростеноз 16. Врожденный порок развития – синдром Ледда 17. Гематометрокольпос 18. Гипоспадия **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с №1 по №17 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 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 ороки развития диафрагмы у детей 8. Грыжи передней брюшной стенки у детей 9. Пороки развития передней брюшной стенки, мальротация кишечника 10. Врожденная кишечная непроходимость, 11. Врожденный пилоростеноз у детей. 12. Пороки развития толстой кишки у детей 13. Аноректальные пороки развития у детей 14. Пороки развития желчевыводящих путей у детей. 15. Пороки развития селезенки, поджелудочной железы. 16. Хилосерозиты у детей. 17. Особенности анестезиологии детского возраста.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

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

а) острое начало
б) стойкая гипертермия
в) мигрирующие боли в суставах
г) резкая локальная боль
д) вынужденное положение конечности

2. Характерными симптомами декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:

а) застойная рвота
б) постоянное вздутие живота
в) болезненный, напряженный живот
г) отсутствие стула и газов
д) каловая интоксикация

3. Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с:

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

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

а) геморрагической болезни новорожденных
б) портальной гипертензии
в) язвенной болезни желудка
г) дивертикуле Меккеля
д) рефлюкс-эзофагите

5. Если ребенок выпил уксусную эссенцию, при госпитализации необходимо выполнить:

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

6. Желудочно-пищеводный рефлюкс может осложниться:

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

2 уровень:

1 Укажите правильное соответствие метода обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита.

А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.

Б. Эндотрахеальный наркоз.*
В. Масочный наркоз.
Г. Перидуральная анестезия.

2 Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:

А. Заворот кишок.*
Б. Копростаз.
В. Атония кишечника.
Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля. *

3 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:

А. Экскреторная урография.
Б. Цистография.
В. Ультразвуковое исследование.
Г. Цистоскопия.

3 уровень:

1. Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела $37,3^0$, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз?

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

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

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

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – $7,6x10^9$/л, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% ($1,22x10^9$/л), В-лимфоциты – 20% ($0,35x10^9$/л), CD_4-клетки – 38%, CD_8-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная?

А) дезинтоксикационной;
Б) витаминотерапии;
В) химиотерапии;
Г) иммунотропной;*

Д) лучевой

Примерные ситуационные задачи

Задача №1

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

Контрольные вопросы

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

Задача №2

У новорожденного ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет.

Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз? Тератогенез порока?*
2. *Методы показанного обследования?*
3. *Возможные осложнения?*
4. *Врачебная тактика?*
5. *Методы, этапы, сроки оперативного лечения?*

Примерный перечень практических навыков

1) Сбор хирургического анамнеза

2) Проведение обследования

⇒ при остром аппендиците
⇒ при синдроме острого живота
⇒ при острой кишечной непроходимости
⇒ при врожденной кишечной непроходимости
⇒ при ЖКТ-кровотечениях
⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
⇒ при пороках развития пищевода
⇒ при ожогах пищевода
⇒ при диафрагмальной грыже
⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка
⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
⇒ при врожденном вывихе бедра
⇒ при врожденной кривошее
⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
⇒ при черепно-мозговой грыже
⇒ при ожогах и отморожениях
⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
⇒ при остановке сердца
⇒ при остановке дыхания
⇒ при терминальных состояниях
⇒ при гипертермии
⇒ при отеке мозга, судорогах
⇒ при острых нарушениях гемодинамики
⇒ при острой дыхательной недостаточности
⇒ при нарушениях гидроионного равновесия
⇒ при отравлениях
⇒ при коматозных состояниях

3) Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):

- показателей периферической крови
- анализов мочи
- кислотно-основного состояния и газов крови
- биохимических показателей крови
- показателей иммунного статуса
- данные УЗИ
- эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
- результаты рентгенологического исследования
    - ⇒ *при кишечной непроходимости*
    - ⇒ *при перитоните*
    - ⇒ *при некротическом энтероколите*
    - ⇒ *при остеомиелите*
    - ⇒ *при гидронефрозе, уретерогидронефрозе*
    - ⇒ *при типичных переломах костей*
    - ⇒ *при врожденном вывихе бедра*
    - ⇒ *при пневмотораксе, пиопневмотораксе*
    - ⇒ *при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого*
    - ⇒ *при диафрагмальной грыже*
    - ⇒ *при бронхоэктатической болезни*
    - ⇒ *при атрезии пищевода*
    - ⇒ *при ателектазе легкого*

4) Провести диагностические и лечебные манипуляции

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

5) Оказать неотложную помощь
⇒ при ожогах и отморожениях
⇒ при гипертермии
⇒ при болевом шоке
⇒ при лечении отека мозга
⇒ при судорогах
⇒ при острой дыхательной недостаточности
⇒ при остановке дыхания
⇒ при остановке сердца
⇒ при отравлениях
⇒ при ожогах пищевода
⇒ при геморрагическом шоке
⇒ при анафилактическом шоке
⇒ при острой дегидратации

6) Организовать транспортировку
⇒ новорожденных с хирургической патологией
⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
⇒ детей в критическом состоянии

7) Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Примерные задания для написания (и защиты) рефератов

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

Примерное задание к написанию учебной истории болезни

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.
	Примерные задания для проведения коллоквиума 1. Инновационные методы обследования в детской хирургии. 2. Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста. 3. Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе. 4. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике. 5. Проблема портальной гипертензии в детской практике 6. Атрезия пищевода – своевременная диагностика и современное лечение. 7. Лечение врожденной кишечной непроходимости.
ПК - 2	**Примерные вопросы к зачету (экзамену)** **(с №20 по №40 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 20.Гематометрокольпос 21.Гипоспадия 22.Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы 23.Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза 24.Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи 25.Дифференциальная диагностика кисты урахуса 26.Дифференциальная диагностика острого аппендицита 27.Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом 28.Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения 29.Закрытая черепно-мозговая травма 30.Инвагинация кишечника 31.Копростаз. Дифференциальная диагностика 32.Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей 33.Лимфангиома в области шеи 34.Лобарная эмфизема 35.Невправимая паховая грыжа 36.Некротическая флегмона новорожденных

37. Ожоговая болезнь
38. Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
39. Острый аппендицит
40. Острый гематогенный остеомиелит

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

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

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1. уровень: УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Транспортировка ребенка с синдромом внутригрудного напряжения должна проводиться в положении

а) горизонтальном
б) возвышенное на больном боку
в) возвышенное на здоровом боку

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

2. Двумя ведущими симптомами кишечной непроходимости являются:

а) асимметрия живота
б) вздутие живота
в) отсутствие стула и газов

г) выделение крови из прямой кишки

д) рвота с патологическими примесями

3. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста проявляется:

а) острым внезапным началом

б) периодическим беспокойством

в) застойной рвотой

г) болезненным, напряженным животом

д) выделением крови из прямой кишки

4. Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:

а) атрезии двенадцатиперстной кишки

б) синдроме Ледца

в) болезни Гиршпрунга

г) ущемленной грыже

д) инвагинации

5. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является

а) наличие уровней жидкости в кишечных петлях

б) равномерное, повышенное газонаполнение кишечника

в) свободный газ в брюшной полости

г) наличие уровня в свободной брюшной полости

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

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

а) рвота с примесью желчи

б) вздутие живота с локальной болезненностью

в) усиление перистальтики кишечника

г) частый стул с патологическими примесями

д) стул с примесью крови

2 уровень: *1.* Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:

А. Заворот кишок.*

Б. Копростаз.

В. Атония кишечника.

Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля. *

2 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:

А. Экскреторная урография.

Б. Цистография.

В. Ультразвуковое исследование.

Г. Цистоскопия.

3 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:

А. Одномоментная репозиция, закрытая.

Б. Скелетное вытяжение.

В. Интрамедуллярный остеосинтез.

Г. Остеосинтез по Илизарову.

3. уровень: *1.*Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бак-

	териальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 12,8х10^9/л, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% (0,68х10^9/л), В-лимфоциты – 31,2% (0,68х10^9/л), CD_4-клетки – 57%, CD_8-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время? А) иммунозаместительный специфический; Б) иммуномодулирующий;* В) иммуностимулирующий; Г) иммунодепрессантный; Д) иммунозаместительный неспецифический 2.Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным? А) бронхография; Б) нейросонография; В) обзорная рентгенография; Г) эзофагография;* Д) УЗИ
	Примерные ситуационные задачи **Задача №1** У новорожденного ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет. Контрольные вопросы *6. Ваш диагноз? Тератогенез порока?* *7. Методы показанного обследования?* *8. Возможные осложнения?* *9. Врачебная тактика?*

10. *Методы, этапы, сроки оперативного лечения?*

Задача №2.

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки. Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Методы обследования?*
3. *Этиология, патогенез заболевания?*
4. *Классификация заболевания?*
5. *Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?*

Примерный перечень практических навыков

Сбор хирургического анамнеза

Проведение обследования

- ⇒ при остром аппендиците
- ⇒ при синдроме острого живота
- ⇒ при острой кишечной непроходимости
- ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
- ⇒ при ЖКТ-кровотечениях
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
- ⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
- ⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
- ⇒ при пороках развития пищевода
- ⇒ при ожогах пищевода
- ⇒ при диафрагмальной грыже
- ⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
- ⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка
- ⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
- ⇒ при врожденном вывихе бедра
- ⇒ при врожденной кривошее
- ⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
- ⇒ при черепно-мозговой грыже
- ⇒ при ожогах и отморожениях
- ⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
- ⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
- ⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
- ⇒ при остановке сердца
- ⇒ при остановке дыхания

	⇒ при терминальных состояниях ⇒ при гипертермии ⇒ при отеке мозга, судорогах ⇒ при острых нарушениях гемодинамики ⇒ при острой дыхательной недостаточности ⇒ при нарушениях гидроионного равновесия ⇒ при отравлениях ⇒ при коматозных состояниях <u>Интерпретировать результаты исследования</u> (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического): • показателей периферической крови • анализов мочи • кислотно-основного состояния и газов крови • биохимических показателей крови • показателей иммунного статуса • данные УЗИ • эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода • результаты рентгенологического исследования ⇒ *при кишечной непроходимости* ⇒ *при перитоните* ⇒ *при некротическом энтероколите* ⇒ *при остеомиелите* ⇒ *при гидронефрозе, уретерогидронефрозе* ⇒ *при типичных переломах костей* ⇒ *при врожденном вывихе бедра* ⇒ *при пневмотораксе, пиопневмотораксе* ⇒ *при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого* ⇒ *при диафрагмальной грыже* ⇒ *при бронхоэктатической болезни* ⇒ *при атрезии пищевода* ⇒ *при ателектазе легкого* <u>Провести диагностические и лечебные манипуляции</u> ⇒ ректальное обследование ⇒ клизма очистительная и сифонная ⇒ наложить бактерицидную повязку ⇒ плевральная пункция ⇒ наложение транспортной шины ⇒ наложить вытяжение по Шеде ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты ⇒ непрямой массаж сердца ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу) ⇒ рассчитать инфузионную терапию ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов ⇒ зондирование, промывание желудка ⇒ катетеризация мочевого пузыря <u>Оказать неотложную помощь</u> ⇒ 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 <u>Организовать транспортировку</u>

⇒ новорожденных с хирургической патологией
⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
⇒ детей в критическом состоянии
Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

Примерные задания для написания (и защиты) рефератов

1. Сравнительная характеристика различных схем противоспаечной терапии в детском возрасте.
2. ЖКТ-кровотечения у детей – сражение со временем.
3. Проблема портальной гипертензии в детской практике
4. Дивертикул Меккеля как мина замедленного действия
5. Гнойная почка – мифы и реальность

Примерное задание к написанию учебной истории болезни

Комплект заданий по написанию учебной истории болезни

- Ежедневная курация больных
- Участие в перевязках, присутствие на операциях
- Дискуссии в микрогруппах по курируемым больным
- Консультации с преподавателем по методам диагностики и лечения
- Работа с медицинской картой стационарного больного
- Написание учебной истории болезни
- Ее проверка и защита

Обязательные разделы учебной истории болезни

1. Титульный лист.
2. Общие сведения о больном.
3. .Жалобы больного на момент поступления в стационар.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Данные объективного обследования (состояние, развитие, л/узлы, мышечная система, костная система, голова, шея, грудные железы, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система).
7. Локальный статус.
8. Предварительный диагноз.
9. План обследования больного.
10. Дифференциальный диагноз.
11. Развернутый клинический диагноз.
12. Этиология и патогенез заболевания.
13. Лечение.
14. Дневники курации.
15. Предоперационный эпикриз.
16. Протокол операции.
17. Дневник после операции.
18. Эпикриз.
19. Прогноз.
20. Использованная литература.

Примерные задания для проведения коллоквиума

1. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
2. Проблема портальной гипертензии в детской практике
3. Атрезия пищевода – своевременная диагностика и

	современное лечение. 4. Лечение врожденной кишечной непроходимости. 5. Диагностика аноректальных аномалий у детей. 6. Синдромальная патология пороков трахеобронхиального дерева. 7. Детская хирургия в призме патологии облитерации влагалищного отростка брюшины.
ПК-4	**Примерные вопросы к экзамену** **(с №40 по №60 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 40.Пищеводное кровотечение на фоне синдрома портальной гипертензии 41.Подковообразная почка 42.Подпеченочный абсцесс брюшной полости 43.Поликистоз почек, диспансерное наблюдение 44.Послеоперационные осложнения острого аппендицита 45.Послеоперационный инфильтрат 46.Правосторонняя паховая грыжа 47.Родовая травма, перелом бедра 48.Родовая травма, повреждение органов забрюшинного пространства 49.Рубцовый стеноз пищевода 50.Синдром инфравезикальной обструкции, дифференциальный диагноз 51.Синдром пальпируемой опухоли в животе 52.Спаечная кишечная непроходимость 53.Ущемленная паховая грыжа 54.Химический ожог пищевода 55.Черепно-мозговая травма, травматический шок 56.Экстрофия мочевого пузыря 57.Электротравма 58.Эписпадия 59.Эпифизарный остеомиелит 60.Язвенно-некротический энтероколит новорожденных **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с №40 по №60 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 40.Из какой эмбриональной структуры формируется фильтрационно-реабсорбционный, а из какой – мочевыделительный аппарат окончательной почки? 41.На каком этапе эмбриогенеза почек и как формируются различные виды дистопий? 42.Как формируются аномалии взаимоотношения почек? 43.Как формируются аномалии структуры почек? 44.В чём причина развития мультикистоза почки? 45.Какие нарушения развития мочеточникового зачатка можно отнести к супрауретеральным 46.Нарушения каких механизмов эмбриогенеза ведут к развитию экстрофии мочевого пузыря? 47.Какие формы нарушений облитерации мочевого протока Вы знаете? 48.Какие врожденные пороки развития мочевых путей чаще осложняются присоединением вторичной инфекции? 49.Какой путь инфицирования более характерен для вторичного обструктивного пиелонефрита? 50.Какие микроорганизмы чаще являются возбудителями вторичного пиелоне-

	фрита? 51. С помощью какого исследования можно количественно охарактеризовать активность пиелонефрита? 52. С какими заболеваниями чаще приходится проводить дифференциальную диагностику пиелонефрита у детей? 53. Перечислите симптомы, свидетельствующие о развитии гнойного пиелонефрита 54. Какие формы «гнойной почки» Вы знаете? 55. Назовите показания для оперативного лечения детей с «гнойной почкой» 56. Какие факторы способствуют инфицированию нижних мочевых путей у девочек? 57. Как принято классифицировать острый баланопостит у детей? 58. Классификация идиопатического варикоцеле 59. Какие методы лечения варикоцеле применяются в детской практике? 60. Какие причины чаще приводят к развитию синдрома «острой мошонки» у детей?
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** **1. Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений рентгенологически проявляется:** а) повышенным равномерным газонаполнением кишечника б) локальным затемнением брюшной полости в) выпрямлением контуров кишечных петель г) пневматозом кишечной стенки д) свободным газом под куполом диафрагмы **2. Некротический энтероколит на стадии перфорации клинически проявляется:** а) рвотой кишечным содержимым б) стулом с алой кровью в) отсутствием стула и газов г) вздутием живота, напряжением мышц д) симптомом "исчезновения печеночной тупости" **3. Врожденный пилоростеноз проявляется симптомами:** а) рвота молоком с рождения б) рвота створоженным молоком с 3-4 недели в) "мокрой подушки" г) метаболическим алкалозом д) запорами **4. Для некротической флегмоны новорожденных характерны симптомы:** а) разлитая гиперемия б) быстрая распространяемость в) бугристая инфильтрация г) повышение местной температуры д) местная болезненность

5.Клинически острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит у новорожденных проявляется:

а) парезом ручки
б) сгибательной контрактурой в ножках
в) болезненностью при сгибании - разгибании
г) патологической подвижностью
д) болезненность ротационных движений

2 уровень: *1.* Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:

А. Экскреторная урография.
Б. Цистография.
В. Ультразвуковое исследование.
Г. Цистоскопия.

2 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:

А. Одномоментная репозиция, закрытая.
Б. Скелетное вытяжение.
В. Интрамедуллярный остеосинтез.
Г. Остеосинтез по Илизарову.

3 Укажите правильное соответствие симптомов кровотечению из дивертикула Меккеля:

А. Боль при дефекации.
Б. Рвотой «кофейной гущей».
В. Выделения крови со слизью из прямой кишки.
Г. Коллаптойдным состоянием.
Д. Повышением температуры тела.

3.уровень: *1.* Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура $37{,}2^0$, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?

А) рентгенография;
Б) МРТ;*
В) ангиография;
Г) УЗИ;
Д) сцинтиграфия

2. Больной К, 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз?

А) нефробластома;
Б) врожденный гидронефроз;*
В) уретерогидронефроз;
Г) травма органов забрюшинного пространства;

Д) мультикистоз почки

Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?

А) цистография;

Б) УЗИ;*

В) экскреторная урография;

Г) обзорная рентгенография;

Д) ангиография

Примерные ситуационные задачи

Задача №1

Мать, купая ребёнка четырех лет, обнаружила у него в проекции брюшной полости опухолевидное образование размером 12 х 8 х 5 см, туго-эластичной консистенции, с четкими границами, гладкими краями, несколько болезненное, практически не смещаемое. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Ранее ребенка ничего не беспокоило. При амбулаторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено увеличение размеров левой почки, паренхима ее истончена, чашечно-лоханочная система левой почки дилятирована.

Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Рекомендуемые дополнительные исследования?*
3. *Лечебно-диагностическая тактика?*
4. *Этиология заболевания? Патогенез заболевания?*
5. *Методы лечения?*

Задача №2

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт кверху.

Контрольные вопросы

1. *О каком заболевании можно думать?*
2. *Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?*

3. *Дифференциальная диагностика?*
4. *Методы обследования? Диагностическая тактика?*
5. *Показанное лечение?*

Примерный перечень практических навыков

Сбор хирургического анамнеза

Проведение обследования

⇒ при остром аппендиците
⇒ при синдроме острого живота
⇒ при острой кишечной непроходимости
⇒ при врожденной кишечной непроходимости
⇒ при ЖКТ-кровотечениях
⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
⇒ при пороках развития и заболеваниях легких
⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
⇒ при пороках развития пищевода
⇒ при ожогах пищевода
⇒ при диафрагмальной грыже
⇒ при пороках развития верхних мочевых путей
⇒ при паховой грыже, водянке оболочек яичка
⇒ при крипторхизме, варикоцеле, гипоспадии
⇒ при врожденном вывихе бедра
⇒ при врожденной кривошее
⇒ при переломах и вывихах костей конечностей
⇒ при черепно-мозговой грыже
⇒ при ожогах и отморожениях
⇒ при опухолях брюшной, грудной полостей, забрюшинного пространства
⇒ при гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах
⇒ при синдромальных формах заболеваний у хирургических больных
⇒ при остановке сердца
⇒ при остановке дыхания
⇒ при терминальных состояниях
⇒ при гипертермии
⇒ при отеке мозга, судорогах
⇒ при острых нарушениях гемодинамики
⇒ при острой дыхательной недостаточности
⇒ при нарушениях гидроионного равновесия
⇒ при отравлениях
⇒ при коматозных состояниях

Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):

- показателей периферической крови
- анализов мочи
- кислотно-основного состояния и газов крови
- биохимических показателей крови
- показателей иммунного статуса
- данные УЗИ
- эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
- результаты рентгенологического исследования
    - ⇒ *при кишечной непроходимости*
    - ⇒ *при перитоните*
    - ⇒ *при некротическом энтероколите*
    - ⇒ *при остеомиелите*
    - ⇒ *при гидронефрозе, уретерогидронефрозе*
    - ⇒ *при типичных переломах костей*
    - ⇒ *при врожденном вывихе бедра*
    - ⇒ *при пневмотораксе, пиопневмотораксе*

	⇒ *при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого* ⇒ *при диафрагмальной грыже* ⇒ *при бронхоэктатической болезни* ⇒ *при атрезии пищевода* ⇒ *при ателектазе легкого* <u>Провести диагностические и лечебные манипуляции</u> ⇒ ректальное обследование ⇒ клизма очистительная и сифонная ⇒ наложить бактерицидную повязку ⇒ плевральная пункция ⇒ наложение транспортной шины ⇒ наложить вытяжение по Шеде ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты ⇒ непрямой массаж сердца ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу) ⇒ рассчитать инфузионную терапию ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов ⇒ зондирование, промывание желудка ⇒ катетеризация мочевого пузыря <u>Оказать неотложную помощь</u> ⇒ 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 <u>Организовать транспортировку</u> ⇒ новорожденных с хирургической патологией ⇒ детей с переломами и вывихами конечностей ⇒ детей в критическом состоянии <u>Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.</u>
	Примерные задания для написания (и защиты) рефератов 1. Современное лечение местных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей. 2. Полостная травма у детей: успехи и перспективы. 3. Лапароскопия в диагностике и лечении у детей. 4. Эндоскопическая коррекция в неотложной хирургии – возможности, преимущества и недостатки. 5. Азы диагностики и лечения синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых.
	Примерное задание к написанию учебной истории болезни **Комплект заданий по написанию учебной истории болезни** • Ежедневная курация больных • Участие в перевязках, присутствие на операциях • Дискуссии в микрогруппах по курируемым больным • Консультации с преподавателем по методам диагностики и лечения • Работа с медицинской картой стационарного больного • Написание учебной истории болезни • Ее проверка и защита

	Обязательные разделы учебной истории болезни 1. Титульный лист. 2. Общие сведения о больном. 3. Жалобы больного на момент поступления в стационар. 4. История настоящего заболевания. 5. История жизни. 6. Данные объективного обследования (состояние, развитие, л/узлы, мышечная система, костная система, голова, шея, грудные железы, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система). 7. Локальный статус. 8. Предварительный диагноз. 9. План обследования больного. 10. Дифференциальный диагноз. 11. Развернутый клинический диагноз. 12. Этиология и патогенез заболевания. 13. Лечение. 14. Дневники курации. 15. Предоперационный эпикриз. 16. Протокол операции. 17. Дневник после операции. 18. Эпикриз. 19. Прогноз. 20. Использованная литература.
	Примерные задания для проведения коллоквиума 1.Антенатальная диагностика пороков развития мочевой системы. 2.Современные методы дифференциальной диагностики различных форм врожденных обструктивных уропатий у детей. 3.Диагностика и лечение врожденного гидронефроза на современном этапе. 4.«Малая» и амбулаторная хирургия детского возраста. 5.Современное лечение местных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей. 6.Иммунный статус при различных пороках развития у детей и его коррекция. 7.Азы диагностики и лечения синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых.

Критерии оценки зачетного/экзаменационного собеседования, устного опроса, собеседования текущего контроля:

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 для зачета:

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

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

Критерии оценки тестовых заданий:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки тестовых заданий для зачета:
«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки для зачета:

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

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на

основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

Критерии оценки практических навыков:

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

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

Критерии оценки написания (и защиты) рефератов:

Оценка «отлично» – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного подхода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

Оценка «хорошо» – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются некритичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «удовлетворительно» – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме реферата. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «неудовлетворительно» – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией и понятийным аппаратом проблемы. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценки по написанию учебной истории болезни:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

Критерии оценки прохождения коллоквиума:

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

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

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

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

2.2. Примерные вопросы к экзамену

1. Аденофлегмона подчелюстной области
2. Атрезия ануса и прямой кишки
3. Атрезия желчных путей
4 Ахалазия пищевода
5 Бактериально-деструктивная пневмония
6 Бронхоэктатическая болезнь
7 Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
8 Внезапная остановка сердца
9 Врожденная высокая непроходимость ЖКТ
10 Врожденная диафрагмальная грыжа
11 Врожденная лобарная эмфизема
12 Врожденная высокая кишечная непроходимость
13 Врожденный гидронефроз
14 Врожденный заворот кишечника
15 Врожденный пилоростеноз
16 Врожденный порок развития – синдром Ледда
17 Гематометрокольпос
18 Гипоспадия
19 Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы
20 Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза
21 Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи
22 Дифференциальная диагностика кисты урахуса
23 Дифференциальная диагностика острого аппендицита
24 Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом
25 Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения
26 Закрытая черепно-мозговая травма
27 Инвагинация кишечника
28 Копростаз. Дифференциальная диагностика
29 Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей
30 Лимфангиома в области шеи
31 Лобарная эмфизема
32 Невправимая паховая грыжа
33 Некротическая флегмона новорожденных
34 Ожоговая болезнь
35 Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
36 Острый аппендицит
37 Острый гематогенный остеомиелит
38 Отравление ароматическими углеводородами
39 Перфоративная язва полого органа
40 Пищеводное кровотечение на фоне синдрома портальной гипертензии
41 Подковообразная почка
42 Подпеченочный абсцесс брюшной полости
43 Поликистоз почек, диспансерное наблюдение
44 Послеоперационные осложнения острого аппендицита
45 Послеоперационный инфильтрат
46 Правосторонняя паховая грыжа
47 Родовая травма, перелом бедра
48 Родовая травма, повреждение органов забрюшинного пространства
49 Рубцовый стеноз пищевода
50 Синдром инфравезикальной обструкции, дифференциальный диагноз
51 Синдром пальпируемой опухоли в животе
52 Спаечная кишечная непроходимость

53 Ущемленная паховая грыжа
54 Химический ожог пищевода
55 Черепно-мозговая травма, травматический шок
56 Экстрофия мочевого пузыря
57 Электротравма
58 Эписпадия
59.Эпифизарный остеомиелит

60. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных

Примерные вопросы к зачету

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, оссбенности 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.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию для текущего контроля

1) Пороки развития шеи у детей.
2) Пороки развития грудной клетки у детей
3) Пороки развития ТБД у детей.
4) Пороки развития легких у детей
5) Атрезия пищевода у детей.
6) Пороки развития пищевода у детей
7) Синдром портальной гипертензии у детей
8) Пороки развития диафрагмы у детей
9) Грыжи передней брюшной стенки у детей
10) Пороки развития передней брюшной стенки,
11) мальротация кишечника
12) Врожденная кишечная непроходимость,
13) врожденный пилоростеноз у детей.
14) Пороки развития толстой кишки у детей
15) Аноректальные пороки развития у детей
16) Пороки развития желчевыводящих путей у детей.
17) Пороки развития селезенки, поджелудочной железы.
18) Хилосерозиты у детей.
19) Особенности анестезиологии детского возраста.
20) Плановая и экстренная анестезиология у детей.
21) Острая дыхательная недостаточность у детей.
22) Сердечно-легочная реанимация у детей.
23) Сердечно-сосудистая недостаточность у детей.
24) Комы и шоки у детей.
25) Посиндромная терапия у детей.
26) Инфузионная парентеральная терапия у детей и коррекция кислотно-основного состояния.
27) Отравления у детей.
28) Реанимация новорождённых в родовом зале.
29) Реанимация и интенсивная терапия у новорождённых при неотложных состояниях.
30) Полостная травма у детей. Черепно-мозговая травма у детей.
31) Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.
32) Неотложная детская урология.
33) Гнойная инфекция в детской хирургии.
34) ЖКТ-кровотечения у детей.
35) Антибактериальная хирургия в детской хирургии.

36) Холецистит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Полипы и полипоз кишечника у детей.
37) Некротический энтероколит.
38) Какие стадии развития проходит почка в процессе эмбриогенеза.
39) Рудиментами каких эмбриональных структур являются гидатиды яичек и яичников?
40) Из какой эмбриональной структуры формируется фильтрационно-реабсорбционный, а из какой – мочевыделительный аппарат окончательной почки?
41) На каком этапе эмбриогенеза почек и как формируются различные виды дистопий?
42) Как формируются аномалии взаимоотношения почек?
43) Как формируются аномалии структуры почек?
44) В чём причина развития мультикистоза почки?
45) Какие нарушения развития мочеточникового зачатка можно отнести к супрауретеральным
46) Нарушения каких механизмов эмбриогенеза ведут к развитию экстрофии мочевого пузыря?
47) Какие формы нарушений облитерации мочевого протока Вы знаете?
48) Какие врожденные пороки развития мочевых путей чаще осложняются присоединением вторичной инфекции?
49) Какой путь инфицирования более характерен для вторичного обструктивного пиелонефрита?
50) Какие микроорганизмы чаще являются возбудителями вторичного пиелонефрита?
51) С помощью какого исследования можно количественно охарактеризовать активность пиелонефрита?
52) С какими заболеваниями чаще приходится проводить дифференциальную диагностику пиелонефрита у детей?
53) Перечислите симптомы, свидетельствующие о развитии гнойного пиелонефрита
54) Какие формы «гнойной почки» Вы знаете?
55) Назовите показания для оперативного лечения детей с «гнойной почкой»
56) Какие факторы способствуют инфицированию нижних мочевых путей у девочек?
57) Как принято классифицировать острый баланопостит у детей?
58) Классификация идиопатического варикоцеле
59) Какие методы лечения варикоцеле применяются в детской практике?
60) Какие причины чаще приводят к развитию синдрома «острой мошонки» у детей?
61) Назовите классическую клиническую триаду синдрома «острой мошонки»
62) Какие гипотезы развития мочекаменной болезни Вы знаете?
63) Какие по составу камни выявляются при мочекаменной болезни у детей?
64) В каком возрасте чаще встречаются камни мочевого пузыря?
65) Перечислите преимущества дистанционной литотрипсии
66) Что такое комбинированная травма почки?
67) Назовите анатомо-физиологические особенности детского организма, имеющие наиболее существенную роль при тупой травме почки?
68) Сформулируйте диагностический алгоритм обследования ребенка с подозрением на травму почки
69) Показания к оперативному лечению травмы почки у детей
70) Как производится диагностика травмы мочеточника у детей?
71) Какие виды разрывов мочевого пузыря Вы знаете?
72) Какие методы лечения повреждений уретры у детей наиболее оптимальны?

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

3.1. Методика проведения тестирования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся-

Субъекты, на которых направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации	
	экзамен	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30	18
Кол-во баллов за правильный ответ	1	2
Всего баллов	**30**	**36**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15	8
Кол-во баллов за правильный ответ	2	4
Всего баллов	**30**	**32**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8	8
Всего баллов	**40**	**32**
Всего тестовых заданий	**50**	**30**
Итого баллов	**100**	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	70	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта/экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академи - ческого часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

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

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

3.2. Методика проведения приема практических навыков

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся-

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков 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» или «неудовлетворительно».

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

3.3. Методика проведения устного собеседования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся-

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета) либо в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

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

Требования к банку оценочных средств:

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

Описание проведения процедуры:

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

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

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные/экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

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

3.4. Методика проведения защиты истории болезни

История болезни — это важнейший медицинский документ, в котором содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования больного и эффективности проводившейся терапии. История болезни должна соответствовать схеме написания истории. Схема определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т. е. является своеобразным алгоритмом действий студента у постели больного.

ОБЩАЯ ЦЕЛЬ освоения дисциплины – формирование клинического мышления и умения постановки диагноза хирургических заболеваний, типичного их течения у пациента с назначением плана обследования, определением показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, определение характера и общих принципов оперативных вмешательств, оказание экстренной врачебной помощи при неотложных состояниях. КОНЕЧНЫМИ ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ являются умение студентом вести историю болезни, выявлять у пациентов симптомы и синдромы заболеваний с учетом информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства и с сохранением сведений, представляющих врачебную тайну. На курацию дается больной с соответствующим разделу дисциплины заболеванием. Курация и написание истории проводятся в течение цикла по детской хирургии

Защита истории проводится в форме индивидуальной беседы. Рассматривается каждый раздел истории, оценивается правильность постановки диагноза и проведенного лечения, что позволяет оценить уровень понимания проблемы.

3.5. Методика проведения защиты рефератов

Реферат пишется на основе литературных данных по определенной проблеме (см. список тем рефератов) с учетом результатов диагностики и лечения данной патологии в клинике детской хирургии Кировского ГМУ. Проводится сравнительная оценка региональных значений и средних по РФ (или мировых), сопоставление результатов лечения, делаются выводы по оптимизации диагностическо-лечебных мероприятий для улучшения результатов лечения больных данной группы.

3.6. Методика проведения коллоквиума

Целью коллоквиума является формирование у студента навыков анализа теоретических проблем на основе самостоятельного изучения учебной и научной литературы. Преподаватель разъясняет тематику проблемы, рекомендует литературу и объясняет процедуру коллоквиума. На подготовку студенту дается неделя. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым студентом или беседы в небольших группах (3-5 человек). Преподаватель задает несколько вопросов для определения степени подготовки студентов. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания проблемы.