

№ ЛД-16

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста с медицинской генетикой

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по «Детской хирургии»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное
дело, утвержденной 31.08.2020 г.

Владикавказ, 2020

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 5 курса (10 семестр) лечебного факультета
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине «Детская хирургия»

Составители: зав. кафедрой, доцент Джелиев И.Ш.
 доцент Лолаева Б.М.
 ассистент Макоев В.О.
 ассистент Бурнацева М.М.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Острый аппендицит, перитонит. Первичный перитонит у девочек.
2. Врожденная кишечная непроходимость.
3. Приобретенная кишечная непроходимость.
4. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей.
5. Острый и хронический остеомиелит у детей различных возрастных групп.
6. Особенности травматологии детского возраста. Характерные виды повреждений.
7. Пороки развития почек и мочевыводящих путей.
8. Паховая грыжа, водянка оболочек яичка и семенного канатика, крипторхизм, варикоцеле, пупочная грыжа.
9. Пороки развития легких, диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода.
10. Врожденный вывих бедра. Врожденная мышечная кривошея. Врожденная косолапость.

Тема «Острый аппендицит»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Типичное расположение червеобразного отростка по отношению к брюшной полости.
2. Атипичные виды расположения червеобразного отростка.
3. Кровоснабжение червеобразного отростка.
4. Строение стенки червеобразного отростка.
5. Функция червеобразного отростка.
6. Налаживание контакта с ребёнком.
7. Правила проведения поверхностной пальпации живота.
8. Правила проведения глубокой пальпации живота.
9. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
10. Техника аппендэктомии.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|--|
| <u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none">• Распространённость аппендицита.• Наиболее часто поражаемый возраст.• Распространённость перитонита. | 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. |
| <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none">• Анатомо-физиологические особенности илеоцекальной области и брюшной полости.• Варианты расположения аппендикса.• Функция аппендикса.• Особенности половых путей у девочек допубертатного возраста. | 2. Острый аппендицит у детей. А.И.Ленюшкин, Л.А. Ворохобов, С.Р.Слущкая - М. 1984. 3. Очерки гнойной хирургии у детей. М.Л. Дмитриев, А.Г. Пугачев, А. Л.Куш - М. 1983. |
| <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none">• Предрасполагающие факторы для возникновения аппендицита.• Предрасполагающие факторы для возникновения первичного перитонита• Предрасполагающие факторы для возникновения перитонита новорожденных• Микрофлора, вызывающая воспаление. | 4. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов. - М. 1974. 5. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 6. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. - Л., 1986. |
| <u>Патогенез</u> | 7. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 8. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 9. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. |

- Характер морфологических изменений в червеобразном отростке.
- Характер нарушений гомеостаза.
- Патогенез перитонита.

Клиника

- Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита у детей.
- Клиническая картина у детей старшего возраста.
- Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста.
- Особенности клиники и диагностики острого аппендицита при атипичных формах расположения.
- Классификация перитонита по степени распространения
- Особенности течения первичного перитонита
- Особенности клиники перитонита новорожденных

Диагностика

- Данные физикального обследования при аппендиците.
- Данные физикального обследования при перитонитах.
- Данные лабораторных и специальных методов исследования.
- Особенности дифференциальной диагностики у детей.

Лечение

- Вид обезболивания.
- Оперативный доступ.
- Техника аппендэктомии у детей.
- Виды аппендэктомии.
- Лапароскопическая аппендэктомия.
- Послеоперационное ведение.

10. Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. - М.: Медицина, 1991.

Студент должен уметь

Сбор анамнез

- Налаживание контакта с больным

1. Пропедевтика детских болезней.

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Осмотр больного во сне. • Пальцевое ректальное исследование. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результата общего анализа крови. • Определение состояния аппендикса на картинке или при лапароскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции аппендэктомии. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. | <p>Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. 3. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 4. Общая хирургия. 5. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 6. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 7. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. |
|--|--|

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с острым аппендицитом.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 5) Участие в предоперационной подготовке.
- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Послеоперационное ведение больного.
- 8) Написание истории болезни больного с острым аппендицитом.

4. Охарактеризуйте морфологические изменения в червеобразном отростке при:

- катаральном аппендиците: _____
- флегмонозном аппендиците: _____
- гангренозном аппендиците: _____

5. При пальпации живота тремя опорными симптомами острого аппендицита у детей являются:

6. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при остром аппендиците у детей –

7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с острым аппендицитом:

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз острого аппендицита»

| Заболевание | Начало | Боль | Тошнота, рвота | Стул | Температура тела | Изменения в общем анализе крови | Другие симптомы |
|-------------------|--------|------|----------------|------|------------------|---------------------------------|-----------------|
| Острый аппендицит | | | | | | | |
| Острый мезаденит | | | | | | | |
| Почечная колика | | | | | | | |
| Воспаление лёгких | | | | | | | |
| Копростаз | | | | | | | |
| Холецистит | | | | | | | |
| Панкреатит | | | | | | | |
| Альгодисменорея | | | | | | | |

9. Тестовые задания

1. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

а. на спине;

б. на животе;

в. на правом боку с приведенными ногами;

г. на левом боку;

- д. сидя.
2. Укажите на патогномичный симптом острого аппендицита у детей?
 - а. расхождение пульса и температуры
 - б. гипертермия
 - в. тахикардия
 - г. напряжение мышц живота
 3. Укажите на диагностический прием, позволяющий дифференцировать копростаз от острого аппендицита:
 - а. обзорная рентгенография брюшной полости
 - б. биохимические исследования крови
 - в. очистительная клизма
 - г. термометрия
 4. У ребенка имеется острый перфоративный аппендицит, выпот - прозрачный, около отростка небольшое количество гноя, фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика.
 - а. санация очага и одномоментное введение антибиотиков
 - б. дренирование резиновой полоской
 - в. дренирование марлевым тампоном
 - г. промывание брюшной полости
 - д. тампонада по Микуличу
 5. У ребенка имеется острый перфоративный аппендицит и периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются, выполнена аппендэктомия. Назовите дальнейшую тактику хирурга:
 - а. одномоментное введение антибиотиков
 - б. введение дренажа-полоски резинового
 - в. введение марлевого шарикового тампона
 - г. введение микроирригатора
 - д. промывание брюшной полости
 6. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:
 - а. на спине;
 - б. на животе;
 - в. на правом боку с приведенными ногами;
 - г. на левом боку;
 - д. сидя.
 7. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:
 - а. ввести промедол;
 - б. ввести седуксен;
 - в. ввести спазмолитики;
 - г. сделать теплую ванну;
 - д. осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

8. Острый аппендицит у детей до 3 лет проявляется основными симптомами:
- а. локальная боль в эпигастрии;
 - б. локальная боль в области пупка;
 - в. локальная боль в правой подвздошной области;
 - г. активное напряжение мышц живота;
 - д. пассивная мышечная защита;
 - е. положительный симптом Щёткина—Блюмберга;
9. Для диагностики острого аппендицита у детей до 3 лет используют:
- а. диазепам;
 - б. масочный наркоз;
 - в. осмотр во время естественного сна;
 - г. медикаментозный сон с 3% раствором хлоралгидрата.
10. Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:
- а. недоразвитие сальника;
 - б. снижение пластических функций брюшины;
 - в. преобладание экссудации в воспалительном процессе;
 - г. особенности возбудителя;
 - д. малый объём брюшной полости.
11. Основными тремя симптомами острого аппендицита являются:
- а. рвота;
 - б. понос;
 - в. локальная болезненность в правой подвздошной области;
 - г. болезненность в области пупка;
 - д. пассивная мышечная защита брюшной стенки;
 - е. положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
 - ж. положительный симптом Ортнера;
 - з. положительный симптом Пастернацкого.
12. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- а. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - б. гиперлейкоцитоз;
 - в. лейкопения;
 - г. отсутствие изменений;
 - д. ускоренное СОЭ.
13. Что характерно для острого аппендицита?
- а) температура 39°C в первый день болезни
 - б) кратковременная потеря сознания
 - в) напряжение мышц в правой подвздошной области во время сна
 - г) головная боль
14. Мальчик 6 лет. Второй день боли в животе без четкой локализации, температура 37.8°C, 1 раз рвота, 1 раз кашицеобразный стул. Симптомы напряжения брюшины не отчетливы. Пульс 120 в минуту. В этой ситуации необходимо

- а) продолжить наблюдение и назначить антибиотики на дому
 - б) срочно госпитализировать с подозрением на аппендицит
 - в) госпитализировать в инфекционное отделение с диагнозом "аденовирусная инфекция"
 - г) назначить на завтра анализ крови и консультацию хирурга
15. Что не характерно для острого аппендицита?
- а) "расхождение" частоты пульса и температуры (температура 37.6°C, пульс - 130 в минуту)
 - б) головная боль
 - в) температура в первые часы болезни невысокая, повышается по мере прогрессирования болезни
 - г) напряжение мышц и боль в правой подвздошной области отчетливо выявляется во время сна.

10. Составьте ситуационную задачу по острому аппендициту у детей.

11. Составьте 2 тестовых задания по острому аппендициту у детей.

12. Составьте графологическую схему по теме «Острый аппендицит» по типу:



Тема «Врождённая кишечная непроходимость. Врождённый пилоростеноз»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Эмбриология кишечника.
2. Анатомия кишечника.
3. Физиология кишечника.
4. Диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.
5. Оперативные вмешательства на кишечнике.
6. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|--|
| <p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость врождённой кишечной непроходимости. • Распространённость врождённого пилоростеноза. • Распределение больных по полу, по сопутствующим порокам и др. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эмбриологические этапы формирования кишечника. • Анатомо-физиологические особенности кишечника у детей. • Патологическая анатомия врождённой ки- | <ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах. • Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. • Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. |

шечной непроходимости.

- Строение пилоро-дуоденальной зоны.

Этиология

- Пороки развития, обуславливающие развитие кишечной непроходимости.
- Предрасполагающие факторы.

Патогенез

- Характер морфо-функциональных изменений при высокой кишечной непроходимости.
- Характер морфо-функциональных изменений при низкой кишечной непроходимости.
- Нарушения гомеостаза при врожденной кишечной непроходимости.

Клиника

- Клиническая картина высокой непроходимости.
- Клиническая картина низкой непроходимости.
- Клиническая картина мекониального илеуса.
- Клиническая картина врожденного пилоростеноза.

Диагностика

- Данные лабораторных методов исследования.
- Данные рентгенологического метода исследования.
- Данные эндоскопического методов исследования.
- Дифференциальный диагноз кишечной непроходимости.
- Дифференциальный диагноз врожденного пилоростеноза.

Лечение

- Предоперационная подготовка при низкой и высокой кишечной непроходимости.
- Предоперационная подготовка при раннем и позднем поступлении
- Оперативный доступ при кишечной непроходимости.
- Оперативный доступ при пилоростенозе
- Оперативные вмешательства при пороках

- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988.

| | |
|---|--|
| <p>развития, обусловивших непроходимость.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Операция Фреде-Рамштедта. <p>Послеоперационное ведение.</p> <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе акушерского анамнеза. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Аускультация и перкуссия живота. • Оценка рвотных масс. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов лабораторных методов исследования. • Интерпретация обзорных рентгенограмм живота. • Интерпретация контрастных рентгенограмм живота. • Оценка результатов эндоскопического исследования. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. | <ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах. • Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. • Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988. • Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. |
|---|--|

3. Работа на дежурстве.

1. Приём больного с врождённой кишечной непроходимостью, пилоростенозом.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективный осмотр.
4. Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
5. Участие в предоперационной подготовке.
6. Ассистенция на операции.

7. Послеоперационное ведение больного.
8. Написание истории болезни больного с врождённой кишечной непроходимостью, пилоростенозом.
4. Укажите пороки развития, обуславливающие врождённую кишечную непроходимость по группам:
 - 1) Пороки развития кишечной трубки -
 - 2) Пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне –
 - 3) Пороки развития кишечной стенки –
 - 4) Пороки, приводящие к обтурации просвета кишки вязким меконием-
 - 5) Пороки поворота и фиксации брыжейки –

5. Что называется «средней кишкой»?

6. Какие пороки развития включает в себя синдром Ледда?

7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с острым аппендицитом:

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

8. Заполните таблицу «Врождённой кишечной непроходимости»

| Заболевание | начало | рвота | стул | живот при осмотре | поведение, состояние | рентгенологические данные | другие симптомы |
|-----------------------------|--------|-------|------|-------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|
| Пилороспазм | | | | | | | |
| Пилоростеноз | | | | | | | |
| Родовая церебральная травма | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Динамическая непроходимость | | | | | | | |
| Желудочно-пищеводный рефлюкс | | | | | | | |
| Адреногенитальный синдром | | | | | | | |

9. Тестовые задания.

1. Врождённая высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
 - а. рвотой жёлчью, зеленью;
 - б. рвотой кишечным содержимым;
 - в. запавшего живота;
 - г. болезненного живота;
 - д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 - е. в прямой кишке — слизь с кровью.
2. Врождённая высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
 - а. рвотой жёлчью, зеленью;
 - б. рвотой кишечным содержимым;
 - в. запавшего живота;
 - г. болезненного живота;
 - д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 - е. в прямой кишке — слизь с кровью.
3. Врождённая низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
 - а. рвотой жёлчью, зеленью;
 - б. рвотой кишечным содержимым;
 - в. запавшим животом;
 - г. болезненным животом;
 - д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 - е. в прямой кишке — слизь с кровью.
4. Врождённая низкая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
 - а. рвотой жёлчью, зеленью;
 - б. рвотой кишечным содержимым;
 - в. запавшим животом;
 - г. болезненный живот;
 - д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 - е. в прямой кишке — слизь с кровью.
5. Врождённый пилоростеноз проявляется симптомами:
 - а. срыгивания молоком с рождения;
 - б. рвотой створоженным молоком с 3—4 нед;

- в. «мокрой подушки»;
 - г. метаболическим алкалозом;
 - д. запорами;
 - е. полиурией.
6. Врождённый пилоростеноз диагностируется методами:
- а. УЗИ внутренних органов;
 - б. фиброгастроскопии;
 - в. контрастной рентгенографии;
 - г. рентгенографии в положении Тренделенбурга;
 - д. ирригографии;
 - е. КТ.
7. При врождённом пилоростенозе в анализах отмечается:
- а. метаболический ацидоз;
 - б. метаболический алкалоз;
 - в. КЩС в норме;
 - г. гипокалиемия;
 - д. гипернатриемия;
 - е. гипохлоремия.
8. Программа обследования новорождённого с кишечной непроходимостью:
- 1. Обзорная рентгенография брюшной полости.
 - 2. Клинический осмотр.
 - 3. Зондирование желудка.
 - 4. Контрастная рентгенография.
 - 5. Очистительная клизма.
 - 6. Лабораторные анализы.
9. Какой отдел желудочно-кишечного тракта отграничивает высокую врожденную кишечную непроходимость от низкой?
- а. Сустье между желудком и пищеводом
 - б. Пилорус
 - в. Начальный отдел тощей кишки
 - г. Илеоцекальное сустье
 - д. Ректосигмоидный отдел толстой кишки
10. Нарушение эмбрионального поворота кишки приводит:
- а. К завороту средней кишки
 - б. Мембране кишки
 - в. Синдрому Ледда
 - г. Атрезии кишки
 - д. Дивертикулу Меккеля
11. Какие клинические и рентгенологические признаки характерны для высокой врожденной кишечной непроходимости?
- а. Рвота зеленью с рождения
 - б. Рвота меконием с конца вторых суток
 - в. Задержка стула меконием
 - г. Резкое вздутие живота с контурирующими через брюшную стенку раздутыми петлями кишечника (с рождения ребенка)

- д. Пастозность брюшной стенки и половых органов
 - е. Запавший живот с периодическим выбуханием эпигастрия
 - ж. Нарастание симптомов эксикоза
 - з. Нарастание симптомов токсикоза
 - и. От одной до трех чаш Клойбера в верхних отделах живота на рентгенограмме
 - к. Множество широких чаш Клойбера на обзорной рентгенограмме
12. Какие лечебные мероприятия нужно провести ребенку с высокой врожденной кишечной непроходимостью в роддоме до его транспортировки в детское хирургическое отделение?
- а. Назначение спазмолитиков (внутримышечно)
 - б. Повторные очистительные клизмы
 - в. Назначение обезболивающих
 - г. Назначение антибиотиков
 - д. Назначение викасола
 - е. Повторные промывания желудка
 - ж. Введение постоянного зонда в желудок
 - з. Инфузионную терапию
13. Какие клинические и рентгенологические признаки характерны для низкой врожденной кишечной непроходимости?
- а. Рвота зеленью с рождения
 - б. Рвота меконием с конца вторых суток
 - в. Задержка стула меконием
 - г. Резкое вздутие живота с контурирующими через брюшную стенку раздутыми петлями кишечника (с рождения ребенка)
 - д. Пастозность брюшной стенки и половых органов
 - е. Запавший живот с периодическим выбуханием эпигастрия
 - ж. Нарастание симптомов эксикоза
 - з. Нарастание симптомов токсикоза
 - и. От одной до трех чаш Клойбера в верхних отделах живота на рентгенограмме
 - к. Множество широких чаш Клойбера на обзорной рентгенограмме
10. Составьте 2 ситуационные задачи по врожденной кишечной непроходимости, врожденному пилоростенозу у детей.
11. Составьте 3 тестовых задания по врожденной кишечной непроходимости, врожденному пилоростенозу у детей.
12. Составьте графологическую схему по теме «Врожденная кишечная непроходимость» по типу:



Тема «Приобретённая кишечная непроходимость у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Топографическую анатомию брюшной полости.
2. Особенности анатомии брюшной полости у детей.
3. Особенности физиологии брюшной полости у детей.
4. Методы исследования брюшной полости.
5. Налаживание контакта с ребёнком.
6. Правила проведения поверхностной пальпации живота.
7. Правила проведения глубокой пальпации живота.
8. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
9. Принципы инфузионной терапии у детей.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|---|
| <u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none">• Распространённость кишечной непроходимости.• Наиболее часто поражаемый возраст.• Анатомо-физиологические особенности илеоцекальной области.• Функция аппендикса.• Особенности половых путей у девочек допубертатного возраста.• Классификация приобретённой кишечной непроходимости | <ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.2. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов. - М. 1974.3. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. - Л., 1986.4. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы для возникновения инвагинации. • Причины возникновения динамической непроходимости. • Причины возникновения обтурационной непроходимости. • Причины возникновения странгуляционной непроходимости. • Клиническая картина динамической кишечной непроходимости. • Клиническая картина механической непроходимости. • Особенности клиники и диагностики инвагинации кишечника. • Специальные методы диагностики приобретённой кишечной непроходимости • Методы консервативного лечения. • Предоперационная подготовка. • Показания к оперативному вмешательству при различных видах приобретённой кишечной непроходимости. • Оперативное лечение приобретённой спаечной непроходимости. • Послеоперационное ведение больных. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 6. Вацлав Тошовски. Острые процессы в брюшной полости. – Прага. – 1987. |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Осмотр больного во сне. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. 2. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. 3. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 4. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 5. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 6. Оперативная хирургия с топогра- |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Пальцевое ректальное исследование. <u>Интерпретация результатов исследований</u> • Оценка результата общего анализа крови. • Интерпретация результатов рентгенологического исследования. <u>Участие в лечении</u> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. | <p>фической анатомией детского возраста/Под редакцией Ю.Ф.Исакова, Ю.М.Лопухина. 2-е изд. - М. – Медицина. – 1989.</p> |
|---|--|

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с приобретённой кишечной непроходимостью.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 5) Участие в консервативном лечении.
- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Послеоперационное ведение больного.
- 8) Написание истории болезни больного с приобретённой кишечной непроходимостью.

4. Какая наиболее частая причина приобретённой кишечной непроходимости?

5. Дайте определение рентгенологическим симптомам:

«Чаши Клойбера» - это:

«Арки» - это:

6. Что значит «высокая» и «низкая» кишечная непроходимость?

7. Рентгенологические признаки высокой и низкой кишечной непроходимости.

8. Напишите примерные изменения в анализах крови при кишечной непроходимости.

9. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с приобретённой кишечной непроходимостью:

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

10. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз приобретённой кишечной непроходимости»

| Заболевание | Начало | Боль | Тошнота, рвота | Стул | Рентгенси-мптомы | Другие симп-томы |
|--|--------|------|----------------|------|------------------|------------------|
| Паралитическая кишечная непроходимость | | | | | | |
| Странгуляционная непроходимость | | | | | | |
| Обтурационная непроходимость | | | | | | |
| Инвагинация | | | | | | |

11. Тестовые задания

1. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости являются:
 - а. уровни жидкости в кишечных петлях;
 - б. равномерное повышенное газонаполнение кишечника;
 - в. свободный газ в брюшной полости;
 - г. наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости.
2. Врождённая высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
 - а. рвотой жёлчью, зеленью;
 - б. рвотой кишечным содержимым;
 - в. запавшего живота;
 - г. болезненного живота;
 - д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 - е. в прямой кишке — слизь с кровью.

3. Инвагинация у ребёнка грудного возраста проявляется типичными симптомами:
 - а. острое внезапное начало;
 - б. гипертермия;
 - в. периодическое беспокойство;
 - г. постоянное беспокойство;
 - д. неукротимая рвота;
 - е. стул с кровью;
 - ж. выделения слизи и крови из прямой кишки.
4. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:
 - а. вертикальное;
 - б. лежа;
 - в. на правом боку;
 - г. на левом боку;
 - д. любое из предложенных.
5. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:
 - а. единичные широкие уровни;
 - б. множественные мелкие уровни;
 - в. большой газовый пузырь желудка;
 - г. наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
 - д. свободный газ в брюшной полости.
6. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:
 - а. единичные широкие уровни;
 - б. множественные мелкие уровни;
 - в. большой газовый пузырь желудка;
 - г. наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
 - д. свободный газ в брюшной полости.
7. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:
 - а. возрастная дискоординация перистальтики;
 - б. изменение или нарушение режима питания;
 - в. диспепсия;
 - г. респираторно-вирусная инфекция;
 - д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).
8. Укажите наиболее поражаемый инвагинацией кишечника возраст:
 - а. До двух месяцев
 - б. От трех месяцев до одного года
 - в. От одного до трех лет
 - г. Старше трех лет
9. Укажите наиболее характерную локализацию инвагинации кишечника у детей:

- а. Тонко-тонкокишечная
 - б. Тонко-толстокишечная
 - в. Толсто-толстокишечная
10. Какие из перечисленных дополнительных методов исследования наиболее информативны в диагностике инвагинации?
- а. Обзорная рентгенография брюшной полости
 - б. Пневмоирригография
 - в. Исследование пассажа бария по кишечнику
 - г. Бимануальная пальпация живота под наркозом
 - д. Общий анализ крови
 - е. УЗИ
11. В каких случаях допустимо проведение дезинвагинации консервативными мероприятиями под контролем рентгеноскопии?
- а. При сроке заболевания до 12 часов
 - б. При сроке заболевания до 24 часов
 - в. При сроке заболевания до 48 часов
 - г. У детей первого года жизни
 - д. У детей старше одного года
12. Укажите методы консервативного расправления инвагината:
- а. Бимануальная пальпация под наркозом
 - б. Сифонные клизмы
 - в. Воздушная клизма
 - г. Теплые ванны
 - д. Тепло на живот
 - е. Введение спазмолитических средств
 - ж. Введение анальгетиков
13. Показания к оперативному лечению инвагинации:
- а. Возраст старше трех лет
 - б. Возраст старше одного года
 - в. Возраст до одного года
 - г. Срок заболевания больше 12 часов
 - д. Срок заболевания больше 24 часов
 - е. Срок заболевания больше 48 часов
 - ж. Неэффективность консервативного расправления инвагината
 - з. Выпадение инвагината из анального отверстия
14. Возникшую в какой срок после операции спаечную непроходимость следует считать поздней?
- а. После двух недель
 - б. После одного месяца
 - в. После трех месяцев
 - г. После одного года
 - д. После выписки из стационара
15. В какие сроки после операции возникшую спаечную непроходимость следует считать ранней спаечно-паретической?
- а. В первые сутки

- б. На вторые-третьи сутки
 - в. На четвертые-пятые сутки
 - г. На седьмые-тринадцатые сутки
 - д. С четырнадцати суток до одного месяца
 - е. После одного месяца
16. Какова допустимая продолжительность консервативного лечения ранней спаечно-паретической непроходимости?
- а. До 3-6 часов
 - б. 12 часов
 - в. 24 часов
 - г. 48 часов
 - д. 72 часов
17. В чем состоят принципы оперативного лечения ранней спаечно-паретической непроходимости?
- а. В рассечении спаек
 - б. Подвешивающей энтеростомии
 - в. Терминальной энтеростомии
 - г. Наложении противоестественного ануса
 - д. Санации брюшной полости
18. В чем состоят принципы оперативного лечения ранней простой и отсроченной, а также поздней спаечной непроходимости?
- а. В рассечении спаек
 - б. Подвешивающей энтеростомии
 - в. Терминальной энтеростомии
 - г. Наложении противоестественного ануса
 - д. Санации брюшной полости

12. Составьте ситуационную задачу по острому аппендициту у детей.

13. Составьте 2 тестовых задания по острому аппендициту у детей.

14. Составьте графологическую схему по теме «Приобретённая кишечная непроходимость у детей» по типу:



Тема: «Хирургическая инфекция у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия и физиология кожи, подкожной клетчатки, мышц.
2. Нормальная анатомия кисти.
3. Особенности анатомии мягких тканей у детей.
4. Пути проникновения инфекции в организм.
5. Воспаление.
6. Налаживание контакта с ребенком.
7. Сбор анамнеза.
8. Осмотр грудного ребенка.
9. Техника проведения пункции суставов.

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|--|--|
| <p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность гнойно-воспалительных заболеваний • Каким видом гнойных заболеваний болеют дети различного возраста <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности строения кожного покрова у новорожденных • Анатомические особенности строения подкожной жировой клетчатки кисти <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы • Микрофлора, наиболее часто вызывающая воспаление <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез синдрома гемодинамических нарушений • Патогенез гипертермического син- | <p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокцкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Биров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Биров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Ма-</p> |

| | |
|--|---|
| <p>дрома</p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез синдрома дыхательных расстройств • Патогенез ДВС-синдрома • Морфологическая характеристика гнойно-воспалительных поражений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника флегмоны новорожденных • Клиника мастита новорожденных • Клиника рожистого воспаления • Клиника фурункула, карбункула • Клиника лимфаденита • Клиника панариция • Клиника парапроктита <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выявление местного очага • Изучение реактивности больного • Микробиологическое исследование <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействие на микроорганизм • Воздействие на макроорганизм • Лечение местного очага | <p>зурик М.Ф., Киев, 1988.</p> |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение сведения при сборе пренатального анамнеза • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Определение признаков инфильтративных изменений • Определение признаков абсцедирования <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов общего анализа крови | <p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Роклицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Ма-</p> |

| | |
|--|-------------------------|
| <u>Участие в лечении</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при пункции суставов у новорожденных • Ассистенция при вскрытии флегмоны новорожденных • Вскрытие абсцессов | зурик М.Ф., Киев, 1988. |
|--|-------------------------|

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с гнойным заболеванием мягких тканей
 2. Сбор анамнеза
 3. Объективный осмотр
 4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
 5. Участие в назначении лечения
 6. Ассистенция на операции
 7. Послеоперационные назначения
 8. Написание врачебной истории болезни
4. Причины возникновения мастита новорожденных.
 5. Опишите клинику некротической флегмоны новорожденных. В чем опасность течения?
 6. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при гнойном заболевании мягких тканей.
 7. Перечислите формы панариция.
 8. Заполните таблицу: «Дифдиагностика инфильтрата и абсцесса»

| | анамнез | температура общая | температура местная | консис- тенция | интоксикация | локальная бо- лезненность | флюк- туация |
|------------|---------|----------------------|------------------------|-------------------|--------------|------------------------------|-----------------|
| Инфильтрат | | | | | | | |
| Абсцесс | | | | | | | |

9. Тестовые задания:

1. У новорождённых рожистое воспаление вызывает возбудитель:
 - а. стафилококк;
 - б. стрептококк;
 - в. протей;
 - г. синегнойная палочка;
 - д. клебсиелла;
 - е. анаэробы.
2. У новорождённых некротическую флегмону вызывает возбудитель:
 - а. стафилококк;
 - б. стрептококк;
 - в. протей;
 - г. синегнойная палочка;
 - д. клебсиелла;

- е. анаэробы;
 - ж. абактериальна.
3. У новорождённых стафилококк вызывает:
- а. некротическую флегмону;
 - б. рожистое воспаление;
 - в. мастит;
 - г. острый метаэпифизарный остеомиелит;
 - д. острый метадиафизарный остеомиелит;
 - е. деструктивную пневмонию;
 - ж. острый артрит.
4. У новорождённых некротическая флегмона проявляется симптомами:
- а. пятно гиперемии;
 - б. разлитая гиперемия;
 - в. инфильтрация сплошная;
 - г. инфильтрация бугристая;
 - д. повышение местной температуры;
 - е. распространяется;
 - ж. функция нарушена.
5. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:
- а. фурункулез;
 - б. псевдофурункулез;
 - в. флегмона подкожной клетчатки;
 - г. абсцесс;
 - д. рожистое воспаление.
6. При флегмоне новорожденных первичный воспалительный процесс локализуется
- а. в подкожной клетчатке
 - б. в слизистой оболочке
 - в. в лимфатических сосудах кожи
 - г. в коже
7. При флегмоне новорожденных чаще отмечается
- а. нормальная температура, изредка субфебрилитет
 - б. периодическое повышение температуры на протяжении всего заболевания
 - в. субфебрильная температуры до прекращения некроза
 - г. высокая температура (39-40°C) в первые дни заболевания
 - д. резкое ее снижение после прекращения некроза клетчатки
8. Что из перечисленного является причиной проникновения хирургической инфекции в организм новорожденного?
- а. Болезнь матери
 - б. Дефицит местного иммунитета у ребенка
 - в. Искусственное вскармливание

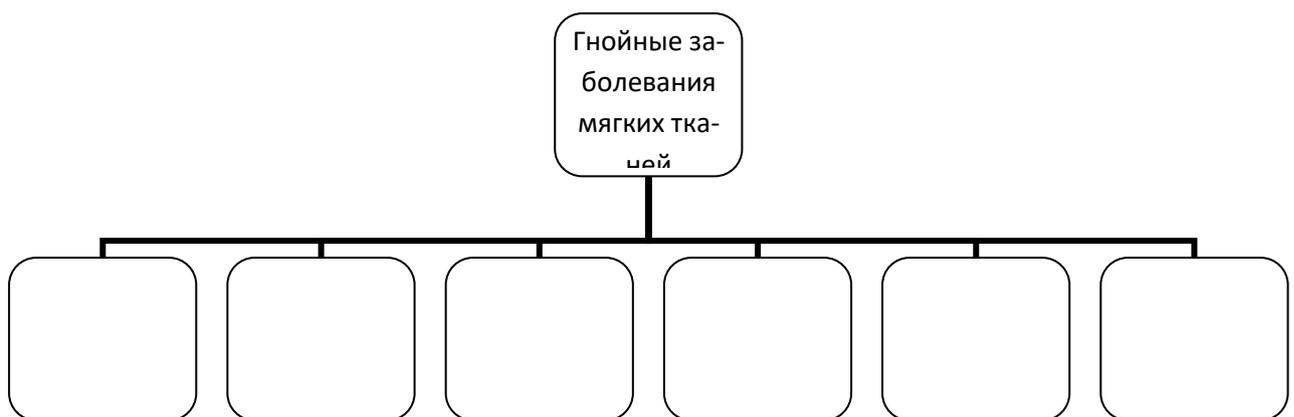
- г. Наличие дополнительных путей инфицирования у новорожденного
 - д. Переносимость
9. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:
- а. пояснично-крестцовая область;
 - б. грудная клетка;
 - в. лицо;
 - г. промежность и половые органы;
 - д. конечности.
10. Характерная особенность стафилококковой инфекций
- а. резистентность к воздействию внешней среды;
 - б. быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
 - в. широкая распространенность в окружающей среде;
 - г. ни одно из перечисленных;
 - д. все перечисленное.
11. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:
- а. механическое очищение очага;
 - б. антибактериальное действие;
 - в. предупреждение распространения процесса
 - г. предупреждение генерализации процесса;
12. При мастите у новорожденных разрез производят;
- а. радиально;
 - б. по окружности;
 - в. через ареолу;
 - г. любым из перечисленных.
13. Какова локализация местного процесса при флегмоне новорожденных:
- а. область пупка
 - б. передняя грудная стенка
 - в. лицо
 - г. задняя поверхность тела.
14. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при гнойном омфалите?
- а. незаращение желточного протока
 - б. гранулема пупка
 - в. пупочная грыжа
 - г. незаращение мочевого протока
15. Укажите на характерные симптомы подвздошного лимфаденита:
- а. контрактура бедра
 - б. боли в голеностопном суставе
 - в. сыпь на конечности
 - г. наличие инфильтрата в подвздошной области
16. Назовите особенности гнойной инфекции у детей:
- а. склонность к ограничению
 - б. склонность к генерализации

- в. быстрое развитие интоксикации
 - г. брадикардия
17. Укажите правильное пособие при манипуляции в очаге при некротической флегмоне новорожденных?
- а. повязка с гипертоническим раствором после нанесения разрезов
 - б. обкалывание антисептиками
 - в. повязка с мазью Вишневского
18. Что является основным мероприятием в послеоперационном периоде у больного с флегмоной новорожденного?
- а. ежедневные перевязки
 - б. постуральный дренаж
 - в. перевязки через каждые 2-4 часа
19. Воспаление каких образований кожи приводит к фурункулезу, карбункулу:
- а. потовых желез
 - б. сальных желез
 - в. волосяных фолликулов
 - г. скарификация кожи

10. Составление ситуационной задачи.

11. Составление 2 тестовых заданий.

12. Составьте графологическую схему по теме «Гнойные заболевания мягких тканей у детей» по типу:



Тема: «Острый гематогенный остеомиелит у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомическое деление длинных трубчатых костей.
2. Строение кости.
3. Различие в кровоснабжении костной ткани в зависимости от возраста ребенка.
4. Пути проникновения инфекции в организм.
5. Различие в структуре кожного покрова у детей грудного возраста.
6. Функция кожи.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Сбор анамнеза.
9. Осмотр грудного ребенка.
10. Техника проведения пункции суставов.

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Распространенность острого гематогенного остеомиелита (ОГО)• Каким видом остеомиелита болеют дети различного возраста• Анатомо-физиологические особенности строения костной ткани у детей различного возраста• Предрасполагающие факторы• Микрофлора, наиболее часто вызывающая воспаление <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патогенез развития острого гематогенного остеомиелита• Характер нарушений гомеостаза <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Классификация острого гематогенного остеомиелита• Клиника ОГО у детей раннего возраста• Клиника ОГО у детей старшего возраста <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Данные физикального обследования при ОГО у детей старшего возраста• Данные физикального обследования при ОГО у детей раннего возраста• Специальные методы обследования при ОГО, лабораторная картина• Данные физикального обследования | <p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Роккицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Остеомиелит. Акжигитов Г.Н., М. 1986.</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.</p> <p>-Лечение остеомиелита у детей. Терновой К.С., Киев,</p> |

| | |
|--|--|
| <p>при флегмоне новорожденных</p> <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание • Техника пункции суставов • Остеоперфорация • Хирургическая тактика при эпифизарном остеомиелите • Вскрытие абсцессов и флегмон мягких тканей • Послеоперационное лечение • Иммобилизация | <p>1979.</p> |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение сведения при сборе пренатального анамнеза • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Пальпация перкуссия при остеомиелите длинных трубчатых костей • Определение флюктуации <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов общего анализа крови <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при проведении остеоперфорации • Ассистенция при пункции суставов у новорожденных • Ассистенция при операции остеоперфорации • Послеоперационное ведение больного | <p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Остеомиелит. Акжигитов Г.Н., М. 1986.</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.</p> <p>-Лечение остеомиелита у детей. Терновой К.С., Киев, 1979.</p> |

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с ОГО длинных трубчатых костей

2. Сбор анамнеза
 3. Объективный осмотр
 4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
 5. Участие в назначении лечения
 6. Ассистенция на операции
 7. Послеоперационные назначения
 8. Написание врачебной истории болезни
4. На какие сутки появляются рентгенологические изменения костей?
5. Опишите клинику некротической флегмоны новорожденных. В чем опасность течения?
6. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при остеомиелите.
7. Ошибки в диагностике острого гематогенного остеомиелита допущенные:
- родителями
 - педиатром
 - врачом травмпункта
 - хирургом стационара
8. Заполните таблицу: «Дифдиагностика ОГО и травмы»

| | Наличие травмы | Температура общая | Жалобы на боль | Интоксикация | Локальная болезненность | Местная температура | Болезненность при осевой нагрузке |
|-------------|----------------|-------------------|----------------|--------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Перелом | | | | | | | |
| Остеомиелит | | | | | | | |

9. Тестовые задания

1. Что не характерно для остеомиелита?
 - а. выраженная интоксикация
 - б. нормальная температура
 - в. сильные ночные боли в пораженной конечности
 - г. значительный отек над местом поражения

2. Дифференциальную диагностику острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с:
 - а. туберкулёзом;
 - б. ревматоидным артритом;
 - в. рахитом;
 - г. флегмоной;
 - д. травмой;
 - е. саркомой;
 - ж. остеобластокластомой.
3. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей старше 3 лет состоят из:
 - а. остеоперфорации;
 - б. дренирования гнойных затёков;
 - в. промывания костной полости антисептиками;
 - г. иммобилизации конечности лонгетой;
 - д. вытяжения по Шеде;
 - е. мазовых повязок, консервативно.
4. У ребёнка с острым диафизарным остеомиелитом в 1-3-й сутки наблюдаются симптомы:
 - а. местная гипертермия;
 - б. флюктуация;
 - в. нарушение функции ближайшего сустава;
 - г. боль при пальпации;
 - д. боль при перкуссии;
 - е. выраженный венозный рисунок;
 - ж. боль при нагрузке по оси конечности;
 - з. локальный отёк.
5. Ранние рентгенологические признаки острого гематогенного метадиафизарного остеомиелита характеризуются:
 - а. линейной периостальной реакцией;
 - б. нечёткостью структуры костных балок;
 - в. наличием очагов деструкции;
 - г. расширением суставной щели;
 - д. игльчатым периоститом;
 - е. симптомом «луковичной кожуры».
6. При лечении острого гематогенного остеомиелита целесообразно выбрать в качестве стартового антибиотика:
 - а. ампициллин;
 - б. цефотаксим;
 - в. линкомицин;
 - г. амикацин;
 - д. ванкомицин;
 - е. фузидиевую кислоту.
7. Клинически острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит проявляется:

- а. парезом ручки;
 - б. сгибательной контрактурой в ножках;
 - в. болезненностью при сгибании и разгибании;
 - г. болезненностью ротационных движений;
 - д. отсутствием активных движений;
 - е. патологической подвижностью.
8. Появление рентгенологических признаков при остеомиелите бедренной кости у ребенка 12 лет следует ожидать:
- а. В течение 1 недели болезни
 - б. На 10-12 день болезни
 - в. На 2-3 неделе
 - г. Через месяц
9. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:
- а. к обрывному
 - б. к затяжному
 - в. к молниеносному
 - г. к хроническому
 - д. к септикопиемическому
10. Декомпрессивная остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите позволяет
- а. уточнить диагноз в неясных случаях
 - б. получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования, определения чувствительности микрофлоры
 - в. снизить внутрикостное давление
 - г. снять боль
 - д. все перечисленное
11. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы:
- а. острое начало;
 - б. постепенное начало;
 - в. стойкая гипертермия (выше 38 °С);
 - г. нарушение функции;
 - д. резкая локальная боль;
 - е. вынужденное положение конечности;
 - ж. боль при перкуссии;
 - з. усиление боли при пассивных и активных движениях конечности;
 - и. летучие боли в суставах.
12. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей грудного возраста состоят из:
- а. остеоперфорации;
 - б. дренирования гнойных затёков;
 - в. промывания костной полости антисептиками;

- г. иммобилизации конечности лонгетой;
 - д. вытяжения по Шеде;
 - е. мазевых повязок, консервативно.
13. Из перечисленных отметьте три кости, которые наиболее часто поражаются ОГО:
- а. Ключица
 - б. Предплечья
 - в. Кисти
 - г. Плечо
 - д. Стопы
 - е. Голени
 - ж. Бедро
14. Наиболее характерные ранние признаки ОГО у старших детей?
- а. Увеличение объема сегмента конечности
 - б. Гиперемия кожи
 - в. Флюктуация мягких тканей пораженного сегмента
 - г. Усиление рисунка подкожных вен
 - д. Шаровидная форма сустава
 - е. Вынужденное положение конечности
 - ж. Ограничение функций сустава
 - з. Выраженная болезненность при пальпации кости
 - и. Болезненность при осевой нагрузке
15. Ранние лабораторные признаки ОГО?
- а. Анемия
 - б. Тромбоцитопения
 - в. Лейкопения
 - г. Гиперлейкоцитоз
 - д. Сдвиг формулы лейкоцитов вправо
 - е. Сдвиг формулы лейкоцитов влево
 - ж. Токсическая зернистость нейтрофилов
 - з. Анизоцитоз
 - и. Небольшое повышение СОЭ
 - к. Резкое повышение СОЭ
16. Причины болей при ОГО?
- а. Раздражение нервных окончаний токсинами возбудителя
 - б. Повышение внутрикостного давления
 - в. Разрушение нервных окончаний ферментами возбудителя
 - г. Раздражение рецепторов кожи при отеке конечности
 - д. Боли «центрального» происхождения
17. Срочность проведения оперативного вмешательства при ОГО?
- а. В первые минуты после поступления
 - б. В первые три часа после поступления
 - в. В течение первых суток
 - г. Допустима выжидательная тактика в течение трех суток
18. В чем заключается оперативное вмешательство при ОГО?

- а. Пункция кости
 - б. Разрез мягких тканей
 - в. Периостотомия со вскрытием поднадкостничного абсцесса
 - г. Периостотомия в сочетании с фрезевой остеоперфорацией и установкой в кость иглы для внутрикостного введения антибиотиков
 - д. Широкая трепанация кости долотом
 - е. Ампутация конечности
19. Иммобилизация конечности при ОГО:
- а. Не нужна
 - б. Глухой гипсовой повязкой
 - в. Глубоким гипсовым лонгетом
 - г. Скелетным вытяжением
 - д. Аппаратом Илизарова
20. Клинические признаки эпифизарного остеомиелита?
- а. Увеличение объема суставного конца конечности
 - б. Шарообразная форма сустава с увеличением его объема
 - в. Уплотнение мягких тканей, окружающих сустав
 - г. Флюктуация в суставе

10. Составление ситуационной задачи.

11. Составление 2 тестовых заданий.

12. Составьте графологическую схему по теме «Острый гематогенный остеомиелит» по типу:



Тема «Особенности травматических повреждений у детей».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Особенности химического состава кости у детей.
3. Виды и строение костей у детей.
4. Особенности кровоснабжения костей у детей.

5. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата.
6. Причины детского травматизма и меры его профилактики.
7. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений у детей.
8. Первая помощь при переломах костей у детей.
9. Налаживание контакта с ребенком.
10. Уход за детьми с травматическими повреждениями.
11. Основные принципы лечения повреждений опорно-двигательного аппарата

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|---|---|
| <p><u>Эпидемиология</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виды травматизма у детей. 2. Преобладание того или иного вида в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности строения и химического состава кости у детей. 2. Другие особенности детского организма, способствующие меньшей подверженности детей травматическим повреждениям. <p><u>Этиология</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Понятие механизма травмы. 2. Понятие обстоятельств травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях. 2. Типы костной мозоли и механизм ее образования. 3. Патогенез замедленной консолидации перелома и возникновения посттравматических ложных суставов. <p><u>Клиника</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Переломы костей, встречающиеся только в детском возрасте. 2. Пять достоверных клинических признаков перелома кости. 3. Особенности клинической картины поднадкостничного перелома. 4. Клиническая картина травматического вывиха у детей. | <ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егиазаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986. |

| | |
|---|--|
| <p><u>Диагностика</u></p> <p>1.Виды дополнительных методов обследования в травматологии-ортопедии.</p> <p>2.Особенности дифференциальной диагностики травматических повреждений у детей.</p> <p><u>Лечение</u></p> <p>1.Основные принципы лечения переломов и вывихов у детей.</p> <p>2.Виды анестезии.</p> <p>3.Методы репозиции отломков.</p> <p>4.Способы иммобилизации поврежденных конечностей.</p> <p>5.Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств.</p> | |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформации конечности, нарушения взаимоотношения наружных костных ориентиров. • Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. | <p>Литература</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.- М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989 |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Аускультация суставов. • Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ • Оценка результатов общего анализа крови и мочи. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Местная анестезия: инфильтрационная и проводниковая. • Ассистенция при закрытой репозиции. • Ассистенция при скелетном вытяжении. • Ассистенция на операциях. • Ушивание операционной раны. • Наложение фиксирующих повязок. • Приготовление и наложение гипсовой лонгеты. | |
|--|--|

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическим повреждением.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм.
5. Участие в закрытой репозиции, вправлении вывиха или подвывиха.
6. Ассистенция на операциях: ПХО, скелетном вытяжении и открытой репозиции.
7. Наложение фиксирующих повязок.
8. Оформление истории болезни.
9. Наблюдения за больным после операции.

4. Решите тестовые задания.

1. Для клинической картины врожденной мышечной кривошеи характерны:
 - а. веретенообразное утолщение средней или нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
 - б. спастический паралич шейных мышц;
 - в. отставание в росте одной из грудино-ключично-сосцевидной мышц;
 - г. гипоплазия лицевого скелета;
 - д. высокое стояние надплечий, лопаток, сколиоз;

- е. появление припухлости после резкого поворота головы.
2. Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей характерны;
- а. боль;
 - б. патологическая подвижность;
 - в. крепитация;
 - г. потеря функции;
 - д. деформация;
 - е. отёк мягких тканей;
 - ж. гиперемия;
 - з. гематома мягких тканей.
3. Клиническими признаками перелома являются:
- а. нарушение функции;
 - б. выраженность сосудистого рисунка;
 - в. патологическая подвижность;
 - г. флюктуация;
 - д. локальная боль;
 - е. деформация;
 - ж. гиперемия кожи;
 - з. крепитация.
4. Для иммобилизации «свежих» переломов костей конечности у детей применяют:
- а. гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов;
 - б. гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава;
 - в. циркулярную гипсовую повязку;
 - г. лейкопластырное или скелетное вытяжение;
 - д. шину Томаса;
 - е. торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмену—Громову.
5. При лечении переломов костей у новорождённых применяют:
- а. повязку Дезо;
 - б. лейкопластырное вытяжение по Шеде;
 - в. интрамедуллярный остеосинтез;
 - г. повязку по Креде—Кеферу;
 - д. лейкопластырное вытяжение на функциональной шине;
 - е. закрытую репозицию с фиксацией в гипсовой лонгете;
 - ж. открытую репозицию.
6. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы после травмы обусловлена
- а. шоком и кровопотерей
 - б. тяжелой черепно-мозговой травмой
 - в. тромбоэмболией легочной артерии
 - г. жировой эмболией
7. Положительным качеством новокаиновой блокады при тяжелых множественных и сочетанных повреждениях является то, что она
- а. не вызывает снижения артериального давления

- б. снижает температуру тела
 - в. обеспечивает длительное обезболивающее действие
 - г. ликвидирует боль, не маскируя клиническую картину
 - д. повышает центральное венозное давление
8. Рентгенологическое исследование позволяет выявить всю перечисленную патологию, кроме
- а. перелома или трещины костного органа
 - б. вывиха, подвывиха фрагмента сустава
 - в. костной опухоли
 - г. мягкотканной опухоли или гематомы
 - д. повреждения хрящевой ткани

5. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений»:

| Повреждение | Анамнез | Характер боли | Деформация | Крепитация | Пат. подвижность | Объем движений | Функция |
|-------------|---------|---------------|------------|------------|------------------|----------------|---------|
| Перелом | | | | | | | |
| Вывих | | | | | | | |
| Ушиб | | | | | | | |

6. Составьте ситуационную задачу по теме.

7. Составьте 2 тестовых задания по теме.

8. Составьте графологическую схему по теме: «Особенности травматических повреждений у детей» по типу:



Тема: «Аномалии развития почек, уретры, мочевого пузыря»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Эмбриогенез почек
2. Нормальная анатомия почки
3. Нормальная физиология почки
4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия почек
5. Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп
6. Уход за детьми с урологической патологией

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность врожденной урологической патологии • Анатомо-физиологические особенности почек у детей раннего возраста <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация аномалий развития почек • Семиотика пороков развития почек <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности диагностики различных вариантов аномалий развития почек • Возможности ультразвукового, эндоскопического и рентгенологического обследования при аномалиях развития почек • Дополнительные методы обследования при аномалиях развития почек <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение тактики лечения при пороках развития почек • Показания к хирургическому лечению • Сроки диспансерного наблюдения при аномалиях развития почек | <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. - М. 1986. 2. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. 3. Хирургия аномалий почек. Джавад-Заде М.Д., М., 1987. 4. Роль аномалий почек в возникновении урологических заболеваний. Трапезникова М.Ф., Урология и нефрология. 1996 № 6 с 8-12 5. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997 |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным | <ol style="list-style-type: none"> 1. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Получение сведений при сборе пренатального анамнеза • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общего состояния • Провести осмотр и пальпацию живота (поверхностная и глубокая) • Провести осмотр и пальпацию поясничной области. • Пальпация почек у детей до 1 года <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов лабораторных методов исследования • Интерпретация результатов лучевых методов исследования • Интерпретация данных эндоскопических методов исследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Участие в предоперационной подготовке • Ассистенция при проведении операций на удвоенной почке • Участие в послеоперационном лечении больного | <p>Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.</p> <p>2. Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>3. Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> |
|---|--|

3. Работа на дежурстве

- а) Прием больного с аномалиями развития почек
- б) Сбор анамнеза
- в) Составление плана обследования больного
- г) Объективный осмотр
- д) Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
- е) Написание истории болезни
- ж) Участие в определении тактики лечения
- з) Предоперационная подготовка
- и) Ассистенция на операции
- к) Послеоперационное ведение больного

4. Классификация аномалий развития почек.

5. Что такое полное удвоение почки и как его достоверно установить?

6. Проведите дифференциальный диагноз между дистопией почки и нефроптозом.

7. Особенности лечебной тактики (консервативная, оперативная) при аномалиях

1. количества _____

2. положения _____

3. взаимоотношения _____

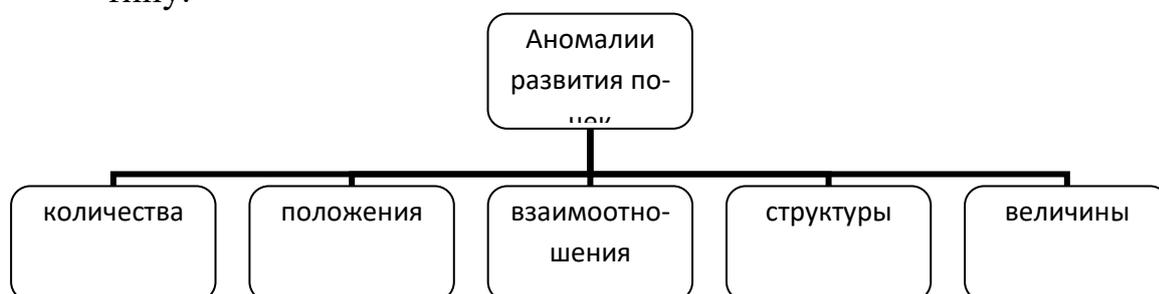
4. величины _____

5. структуры _____

8. Составьте ситуационную задачу по теме.

9. Составление 2 тестовых задания по теме.

10. Составьте графологическую схему по теме «Аномалии развития почек» по типу:



Гипоспадия, эписпадия.

3. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- a. Эмбриогенез мочеиспускательного канала.
- b. Эмбриогенез мочевого пузыря
- c. Нормальная анатомия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- d. Нормальная физиология мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- e. Топографическая анатомия и оперативная хирургия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- f. Уход за детьми с урологической патологией

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|--|---|
| – Анатомию и физиологию половой системы и мочеиспускательного канала | – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Этиологию и патогенез гипоспадии (эписпадии) – Классификацию гипоспадии по Савченко Н.Е. – Классификацию эписпадии – Клинические проявления гипоспадии (эписпадии) – Лечебная тактика и хирургические методы лечения – Сроки проведения операции – Методы пластики мочеиспускательного канала – Осложнения послеоперационного периода и их профилактика – Сроки диспансерного наблюдения | <p>А.Г.Пугачев, 1986.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Осмотр наружных половых органов • Выявление сочетанных пороков развития • Определение пола при тяжелых формах гипоспадии (эписпадии) • Интерпретация результатов обследования • Определение тактики лечения • Определение сроков хирургического вмешательства <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Написание истории болезни при | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. |

| | |
|--|--|
| гипоспадии (эписпадии) <ul style="list-style-type: none">• Участие в предоперационной подготовке.• Ассистирование на операции «Пластика мочеиспускательного канала».• Ведение больного в послеоперационном периоде | |
|--|--|

3. Дайте определение гипоспадии (эписпадии)

4. Перечислите формы гипоспадии (эписпадии)

5. Перечислите клинические проявления при различных формах гипоспадии (эписпадии)

6. Какова лечебная тактика в зависимости от формы гипоспадии (эписпадии)?
Показания к хирургическому лечению

7. Каковы сроки хирургического вмешательства в зависимости от формы гипоспадии (эписпадии)?

8. Какие методы оперативного лечения вы знаете?

9. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

10. Составьте ситуационную задачу по гипоспадии у детей.

11. Составьте ситуационную задачу по эписпадии у детей.

12. Составьте 2 тестовых задания по гипоспадии

13. Составьте 2 тестовых задания по эписпадии

14. Составьте графологическую схему по теме «Гипоспадия» по типу:



4. Составьте графологическую схему по теме «Эписпадия»



Экстрофия мочевого пузыря.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- а. Эмбриогенез мочеиспускательного канала.
- б. Эмбриогенез мочевого пузыря
- в. Нормальная анатомия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- г. Нормальная физиология мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- д. Топографическая анатомия и оперативная хирургия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- е. Уход за детьми с урологической патологией

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|--|--|
| 1) Определение экстрофии мочевого пузыря | – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. |
| 2) Этиопатогенез экстрофии мочевого пузыря | – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. |
| 3) Клиническую картину при экстрофии мочевого пузыря | – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98. |
| 4) Дополнительные методы исследования | – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 |
| 5) Осложнения экстрофии мочевого пузыря | – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. |
| 6) Лечебная тактика. | – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 |
| 7) Сроки проведения оперативного лечения. | – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. |
| 8) Методы хирургического лечения | |
| 9) Особенности послеоперационного периода | |

| | |
|---|---|
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотр наружных половых органов • Выявление сочетанных пороков развития • Интерпретация результатов обследования • Определение тактики лечения • Определение сроков хирургического вмешательства • Техника хирургического вмешательства при экстрофии мочевого пузыря <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Написание истории болезни при экстрофии мочевого пузыря • Участие в предоперационной подготовке. • Ассистирование на операции «Пластика мочевого пузыря». • Ведение больного в послеоперационном периоде | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. |
|---|---|

3. Дайте определение экстрофии мочевого пузыря

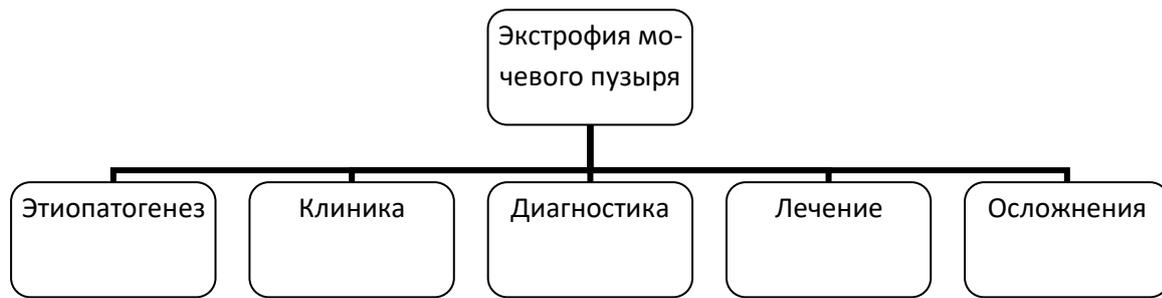
4. Перечислите клинические признаки экстрофии мочевого пузыря

5. Какие пороки развития наиболее часто могут встречаться при экстрофии мочевого пузыря?

6. Лечебная тактика при экстрофии мочевого пузыря

7. Каковы сроки хирургического вмешательства?

8. Какие методы оперативного лечения вы знаете?
9. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
10. Составьте ситуационную задачу по экстрофии мочевого пузыря.
11. Составьте 2 тестовых задания по экстрофии мочевого пузыря.
12. Составьте графологическую схему по теме «Экстрофия мочевого пузыря» по типу:



13. Решите тестовые задания

1. Местный статус при головчатой гипоспадии:
 - а. искривление полового члена;
 - б. мочеиспускание по мужскому типу;
 - в. наличие рудиментарного влагалища;
 - г. меатальный стеноз, часто;
 - д. недержание мочи.
2. Местный статус при стволовой гипоспадии:
 - а. искривление полового члена;
 - б. мочеиспускание по мужскому типу;
 - в. наличие рудиментарного влагалища;
 - г. меатальный стеноз;
 - д. нормальное расположение меатуса;
 - е. недержание мочи.
3. Местный статус при мошоночной гипоспадии:
 - а. искривление полового члена;
 - б. наличие рудиментарного влагалища;
 - в. меатальный стеноз;
 - г. нормальное расположение меатуса;
 - д. недержание мочи;
 - е. мочеиспускание по женскому типу.
4. Местный статус при промежностной гипоспадии:
 - а. искривление полового члена;
 - б. мочеиспускание по мужскому типу;

- в. наличие рудиментарного влагалища;
 - г. меатальный стеноз;
 - д. нормальное расположение меатуса;
 - е. недержание мочи;
 - ж. мочеиспускание по женскому типу.
5. Формы эписпадии у девочек:
- а. субсимфизарная;
 - б. эписпадия головки;
 - в. эписпадия полового члена;
 - г. клиторная;
 - д. полная.
6. Местный статус при гипоспадии типа хорды:
- а. искривление полового члена;
 - б. мочеиспускание по мужскому типу;
 - в. наличие рудиментарного влагалища;
 - г. меатальный стеноз, часто;
 - д. нормальное расположение меатуса;
 - е. недержание мочи;
 - ж. мочеиспускание по женскому типу.
7. Формы эписпадии у мальчиков:
- а. субсимфизарная;
 - б. эписпадия головки;
 - в. эписпадия полового члена;
 - г. клиторная;
 - д. полная.
8. Мультикистозная дисплазия это:
- а. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой;
 - б. одна почка замещена кистозными полостями полностью;
 - в. одиночное кистозное образование в паренхиме почки;
 - г. две почки замещены кистозными полостями.
9. На основании каких из перечисленных методов исследования устанавливается диагноз полного удвоения почки?
- а. Экскреторная урография
 - б. Ретроградная пиелография
 - в. Цистоскопия
 - г. Цистография
 - д. Ангиография
10. Какие из перечисленных состояний являются показанием для операции при удвоении почки?
- а. Хронический пиелонефрит
 - б. Гидронефроз одного или обоих ее сегментов
 - в. ПМР второй степени в нижний сегмент удвоенной почки
 - г. Внепузырная эктопия устья добавочного мочеточника

- д. Меньшие размеры верхнего сегмента по сравнению с нижним
11. Какая операция при удвоении почек производится чаще других?
- а. Анастомоз между удвоенными мочеточниками
 - б. Удаление одного из мочеточников с анастомозом между удвоенными лоханками
 - в. Уретеронеоцистостомия
 - г. Нефрэктомия
 - д. Геминефруретерэктомия
12. Какие из перечисленных признаков характерны для тотальной эписпадии?
- а. Деформация полового члена
 - б. Положение меатуса в переходной складке кожи с полового члена на живот
 - в. Расхождение лонных костей
 - г. Стеноз меатуса
 - д. Фимоз
 - е. Недержание мочи
13. В каком возрасте выполняются операции формирования сфинктера мочевого пузыря при эписпадии?
- а. До одного года
 - б. В три года
 - в. В 6-7 лет
 - г. После 12 лет
14. В каком возрасте проводят операцию формирования мочевого пузыря при его экстрофии?
- а. В первые два дня жизни
 - б. На втором месяце жизни
 - в. Во втором полугодии жизни
 - г. После одного года
 - д. В 6-7 лет
15. Какие операции производятся при невозможности сформировать мочевой пузырь и уретру при экстрофии?
- а. Формирование искусственного мочевого пузыря методом кожной пластики
 - б. Формирование искусственного пузыря из кишки
 - в. Пересадка мочеточников в сигмовидную кишку
 - г. Пластика устьев мочеточников с созданием их замыкательных аппаратов
 - д. Наложение двусторонних пиелостом

Тема: «Паховая грыжа. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Пупочная грыжа. Крипторхизм. Варикоцеле.»

Паховая грыжа. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Пупочная грыжа.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - а. Эмбриогенез яичка.
 - б. Нормальная анатомия пахового канала
 - в. Нормальная анатомия мошонки.
 - г. Нормальная физиология органов мошонки.
 - д. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
 - е. Уход за детьми с урологической патологией.
2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">– Особенности анатомии и физиологии органов мошонки– Этиологию и патогенез паховой и пупочной грыж, гидроцеле– В каком возрасте диагностируются данные заболевания– Клинические проявления– Формы паховых грыж– Диагностика и дифференциальная диагностика паховой и пупочной грыж, гидроцеле– Лечебная тактика– Методы грыжесечения, операций при гидроцеле– Особенности послеоперационного периода– Сроки диспансерного наблюдения | <ul style="list-style-type: none">– Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.– Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986.– Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98.– Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973– Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989.– Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967– Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. |

| | |
|---|---|
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Налаживание контакта с больным – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания. – Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценка общего состояния – Осмотр мошонки и паховых областей – Пальпация мошонки, паховых областей и пупка – Дополнительные методы исследования – Интерпретация результатов обследования – Определение тактики лечения – Определение показаний к операции – Определение сроков хирургического вмешательства <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Написание истории болезни – Участие в предоперационной подготовке. – Ассистирование на операции. – Ведение больного в послеоперационном периоде | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. |
|---|---|

4. Какие органы могут являться содержимым пахового канала?

5. Что означает «скользящая паховая грыжа»?

6. Что означает «сообщающаяся водянка оболочек яичка»?

7. Что такое «диафаноскопия»?

8. С какими заболеваниями приходится дифференцировать ущемлённую паховую грыжу?

9. Какова лечебная тактика в зависимости от причин крипторхизма?

10. Каковы сроки хирургического вмешательства при паховой грыже, водянке оболочек яичка, пупочной грыже?

11. Какие методы оперативного лечения вы знаете?

12. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

13. Составьте ситуационную задачу.

14. Составьте 2 тестовых задания.

Крипторхизм.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- а. Эмбриогенез яичка.
- б. Нормальная анатомия пахового канала
- в. Нормальная анатомия мошонки.
- г. Нормальная физиология органов мошонки.
- д. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
- е. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Особенности анатомии и физиологии органов мошонки– Этиологию и патогенез крипторхизма– В каком возрасте диагностируется данное заболевание– Клинические проявления– Формы крипторхизма– Диагностика и дифференциальная диагностика крипторхизма– Дополнительные методы исследования при крипторхизме– Лечебная тактика– Сроки хирургического лечения– Методы низведения яичка– Особенности послеоперационного периода– Сроки диспансерного наблюдения | <ul style="list-style-type: none">– Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.– Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986.– Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98.– Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973– Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989.– Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967– Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., |

| | |
|--|---|
| | Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Налаживание контакта с больным – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания. – Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценка общего состояния – Осмотр мошонки и паховых областей – Пальпация мошонки, паховых областей и живота – Дополнительные методы исследования – Интерпретация результатов обследования – Определение тактики лечения – Определение показаний к операции – Определение сроков хирургического вмешательства <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Написание истории болезни при крипторхизме – Участие в предоперационной подготовке. – Ассистирование на операции «Ревизия пахового канала и низведение яичка». – Ведение больного в послеоперационном периоде | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. |

3. Дайте определение крипторхизма.

4. Перечислите причины возникновения крипторхизма.

5. Перечислите клинические признаки при различных формах крипторхизма.

6. Перечислите дополнительные методы исследования при крипторхизме.
7. С чем приходится дифференцировать крипторхизм?
8. Какова лечебная тактика в зависимости от причин крипторхизма?
9. Каковы сроки хирургического вмешательства?
10. Какие методы оперативного лечения вы знаете?
11. Этапы операции при ревизии пахового канала и низведении яичка.
12. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
13. Прогноз заболевания при отсутствии лечения.
14. Составьте ситуационную задачу по крипторхизму у детей.
15. Составьте 2 тестовых задания по крипторхизму у детей.

16. Составьте графологическую схему по теме «Крипторхизм» по типу:



Варикоцеле.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- a. Эмбриогенез яичка.
- b. Нормальная анатомия мошонки.
- c. Нормальная физиология органов мошонки.
- d. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
- e. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Анатомию и физиологию органов мошонки, особенности венозного оттока – Распространенность варикоцеле – В каком возрасте чаще возникает данное заболевание – Этиологию и патогенез варикоцеле – Клинические проявления – Классификацию – Диагностику и дифференциальную диагностику варикоцеле – Дополнительные методы исследования – Какие осложнения наблюдаются при отсутствии лечения варикоцеле – Лечебная тактика – Методы оперативного лечения – Возможные осложнения послеоперационного периода – Лечебная тактика при гидроцеле и рецидивах варикоцеле – Сроки диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Налаживание контакта с больным – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. – Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценка общего состояния – Осмотр мошонки, поясничной области, живота | <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Пальпация мошонки, живота, области почек – Определение варикоцеле при клипостазе и ортостазе – Дополнительные методы исследования. – Интерпретация результатов обследования, определение степени варикоцеле <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Определение тактики лечения – Определение показаний к операции – Назначение консервативного лечения – Назначение предоперационной подготовки. – Ассистирование на операции по поводу варикоцеле и его осложнений. – Ведение больного в раннем послеоперационном периоде | <ul style="list-style-type: none"> – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльтищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневецкий Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. |
|---|---|

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с варикоцеле
 - 2) Сбор анамнеза.
 - 3) Объективный осмотр.
 - 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с дежурным врачом.
 - 5) Участие в предоперационной подготовке.
 - 6) Ассистенция на операции.
 - 7) Послеоперационное ведение больного.
 - 8) Написание истории болезни больного с варикоцеле.
4. Дайте определение варикоцеле.
5. Назовите причину возникновения варикоцеле слева.
6. Назовите возможные причины возникновения варикоцеле справа.
7. Перечислите клинические признаки при различных степенях варикоцеле.
8. Какие дополнительные методы исследования применяются при варикоцеле?

15. Составьте графологическую схему по теме:



В. Синдром отечной мошонки.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Эмбриогенез яичка.
2. Нормальная анатомия мошонки.
3. Нормальная физиология органов мошонки.
4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
5. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

| | |
|----------------------|------------|
| Студент должен знать | Литература |
|----------------------|------------|

- Анатомию и физиологию органов мошонки
- Этиологию и патогенез синдрома отечной мошонки
- В каком возрасте чаще возникает данное заболевание
- Клинические проявления
- Особенности клиники при различных причинах СОМ
- Диагностика и дифференциальная диагностика СОМ
- Дополнительные методы исследования СОМ
- Лечебная тактика
- Вид обезболивания
- Оперативный доступ и характер оперативного вмешательства
- Послеоперационное ведение больного

Студент должен уметь

Сбор анамнеза

- Налаживание контакта с больным
- Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни.
- Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания.
- Интерпретация анамнеза.

Объективное обследование

- Оценка общего состояния
- Осмотр мошонки
- Пальпация мошонки
- Дополнительные методы исследования
- Оценка результата общего анализа крови
- Интерпретация результатов обследования
- Определение тактики лечения
- Определение показаний к операции

Участие в лечении

- Назначение консервативного лечения
- Назначение предоперационной подготовки.
- Ассистирование на операции «Ревизия органов мошонки».
- Ведение больного в послеоперационном периоде

- 1) Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. - М. 1986, с.270 - 274
- 2) Перекрут гидатид Морганьи у мальчиков. Юдин Я.Б.. Урология и нефрология 1980 №2 с. 31-33
- 3) Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004.
- 4) Синдром отечной мошонки
- 5) Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II.
- 6) Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.
- 7) Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.
- 8) Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В. - М. 2003.

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Перекрут гида- тиды Морга- ньи | | | | | | | | |
| Орхит | | | | | | | | |
| Травма яичка | | | | | | | | |

13. Составьте ситуационную задачу по СОМ у детей.

14. Составьте 2 тестовых задания по СОМ у детей.

15. Составьте графологическую схему по теме «Синдром отечной мошонки» по типу:



16. Решите тестовые задания

1. Паховая грыжа у детей до 3 лет связана с:
 - а. необлитерированным влагалищным отростком брюшины;
 - б. гиперпродукцией водяночной жидкости;
 - в. нарушением лимфооттока;
 - г. слабостью передней брюшной стенки;
 - д. повышенной физической нагрузкой.
2. Водянка оболочек яичка у детей до 3 лет связана с:
 - а. необлитерированным влагалищным отростком брюшины;
 - б. гиперпродукцией водяной жидкости;
 - в. нарушением лимфооттока;
 - г. слабостью передней брюшной стенки;
 - д. повышенной физической нагрузкой.
3. При ущемлённой паховой грыже у детей экстренная операция показана:
 - а. во всех случаях;
 - б. у девочек во всех случаях;
 - в. у мальчиков, если консервативно не вправляется;
 - г. при давности ущемления более 12 ч;
 - д. если давность не установлена.
4. Какими методами можно провести дифференциальную диагностику между паховой грыжей и фуникулоцеле:

- а) пальпация
 - б) перкуссия
 - в) попытка вправления
 - г) диафаноскопия
5. Выберите клинические формы паховой грыжи, характерные для детского возраста:
- а) прямая
 - б) косая
 - в) скользящая
 - г) врожденная
6. При каких заболеваниях необходима срочная операция:
- а) остро возникшая водянка яичка
 - б) варикоцеле
 - в) ущемленная паховая грыжа
 - г) скользящая грыжа
 - д) пупочная грыжа
7. В какие сроки целесообразно произвести операцию по поводу неосложненной пупочной грыжи:
- а) в возрасте до 3 месяцев
 - б) в 6 месяцев
 - в) в 2 - 3 года
 - г) в 10 -14 лет
8. С какими заболеваниями дифференцируют паховую грыжу?
- а) гидроцеле
 - б) фуникулоцеле
 - в) крипторхизм
 - г) варикоцеле
9. На основании каких признаков ставится диагноз ущемленной паховой грыжи?
- а) беспокойство и боли в паховой области
 - б) острое начало заболевания
 - в) наличие грыжи в анамнезе
 - г) невозможное образование в паховой области
10. Назовите признаки паховой грыжи:
- а) наличие тугоэластичного опухолевидного выпячивания в паховой области
 - б) урчание при попытке вправления
 - в) положительный симптом "толчка"
 - г) расширение наружного пахового кольца
 - д) симптом "дождевых червей"
11. Какова тактика при ущемленной невправляемости паховой грыже?
- а) экстренная операция
 - б) плановая операция
 - в) консервативная терапия
12. У ребенка 2-х месяцев пупочная грыжа. Ваша тактика?

- а) плановая операция
 - б) экстренная операция
 - в) консервативное лечение
13. Противопоказания к проведению планового грыжесечения является:
- а) эксудативный диатез
 - б) энурез
 - в) инфекционное заболевание
 - г) ожирение
 - д) перинатальная энцефалопатия
14. Противопоказания к консервативному лечению детей с ущемленной паховой грыжей является?
- а) наличие инфекционного заболевания
 - б) длительность ущемления более 12 часов
 - в) воспалительные изменения кожных покровов в области грыжевого выпячивания
 - г) дети первого года жизни
 - д) ущемленная грыжа у девочек
15. У детей до 5 лет грыжесечение состоит:
- а) в пластике передней стенки пахового канала
 - б) в ликвидации сообщения между необлитерированным влагалищным отростком брюшины и брюшной полости
 - в) в пластике задней стенки пахового канала и ликвидации сообщения между необлитерированным влагалищным отростком брюшины и брюшной полостью
 - г) в пластике передней стенки пахового канала ликвидации сообщения между необлитерированным влагалищным отростком брюшины и брюшной полостью
16. При ущемленной паховой грыже консервативное лечение проводится в течении;
- а) 30 мин
 - б) 1 час
 - в) 2 часа
 - г) 6 часов
17. Паховые грыжи у детей до 10 лет чаще всего бывают.
- а) врожденные
 - б) приобретенные
 - в) косые паховые грыжи
 - г) прямые паховые грыжи
18. Типичным местом локализации грыжи белой линии являются:
- а) верхняя часть белой линии
 - б) средняя часть белой линии
 - в) нижняя часть белой линии
 - г) нижняя и средняя часть белой линии
19. Тактика лечения бессимптомно протекающей " предбрюшинной липомы":

- а) оперативное лечение в плановом порядке
 - б) диспансерное наблюдение
 - в) оперативное лечение в экстренном порядке
20. Консервативное лечение пупочной грыжи у детей проводится:
- а) до 1 года
 - б) до 2 лет
 - в) до 3 - 5 лет
 - г) до 7 лет
21. Показаниями к оперативному лечению пупочной грыжи у детей являются:
- а) частые ущемления грыжи
 - б) быстрое увеличение грыжи
 - в) незаращение пупочного кольца к 3 - 5 годам
 - г) наличие петли кишки в грыжевом мешке

Тема: «Пороки развития легких и грудной клетки. Диафрагмальная грыжа, Атрезия пищевода»

Пороки развития лёгких и грудной клетки

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия грудной клетки
2. Эмбриогенез легких
3. Анатомия легких
4. Перечислите аномалии грудной клетки
5. Методы исследования аномалий грудной клетки
6. Методы исследования аномалий легких и их интерпретация

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Патологическую анатомию аномалий грудной клетки • Патологическую анатомию аномалий легких • Клинические проявления этих заболеваний • Дифференциальную диагностику анома- | <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2. 2. Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин |

| | |
|---|--|
| <p>лий легких</p> <ul style="list-style-type: none"> • Осложнения, наблюдающиеся при аномалиях легких • Дополнительные методы обследования при аномалиях грудной клетки и легких, их интерпретация • Сроки и методы лечения при аномалиях грудной клетки и легких | <p>В.И., М., 1973</p> <p>3. Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988</p> |
| <p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания, интерпретировать полученные данные • Провести дифференциальный диагноз аномалий развития и приобретенных заболеваний легких • Сформулировать предварительный диагноз • Составить план дополнительного обследования больного • Оценить объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализы крови, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое, радиоизотопное исследование, КТ) • Сформулировать клинический диагноз • Обосновать план лечения – консервативного и оперативного | <p>1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2.</p> <p>2. Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973</p> <p>3. Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988</p> |

3. Вопросы:

- 1) Перечислите наиболее характерные клинические признаки воронкообразной деформации грудной клетки
- 2) Классификация воронкообразной деформации грудной клетки по степени и форме
- 3) Перечислите анатомические признаки синдрома Поланда
- 4) Перечислите и охарактеризуйте все виды пороков развития грудных желез

- 5) Перечислите причины стенозов трахеи и бронхов
- 6) Перечислите причины дыхательной недостаточности при врожденной долеой эмфиземе
- 7) Назовите наиболее частые осложнения солитарной кисты легкого
- 8) Назовите рентгенологические признаки, отличающие абсцесс легкого от нагноившейся врожденной кисты легкого
- 9) Назовите наиболее достоверный признак легочной секвестрации
- 10) Каковы методы и сроки лечения пороков развития легких
- 11) Составьте вопросы-задания к задаче и дайте правильные ответы
Ребенку 1 мес. Состояние его тяжелое. Выражена одышка. Слева - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. На рентгенограмме резкое увеличение прозрачности легочных полей, с едва различимым легочным рисунком. В нижнем отделе слева треугольная тень, примыкающая к тени сердца

Тестовые задания

А. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половины 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

Б. При обзорной рентгенографии 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

Диафрагмальные грыжи

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия диафрагмы.
2. Нормальная физиология диафрагмы.
3. Топографическая анатомия и операции на диафрагме.
4. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями грудной и брюшной полостей.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Эмбриогенез грудной и брюшной полостей.• Анатомо-физиологические особенности диафрагмы у детей.• Характер морфологических изменений при ложных грыжах.• Характер морфологических изменений при истинных грыжах . <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Классификация диафрагмальных грыж.• Клиническая картина диафрагмальных грыж.• Особенности клинической картины истинных и ложных грыж. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Рентгенологическая диагностика диафрагмальных грыж. | <ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том I.5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с.6. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Другие специальные методы исследования. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к оперативному лечению. • Предоперационная подготовка. • Принципы оперативного вмешательства. | <p>7. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.</p> |
| <p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. • Оценка общего состояния. • Выявление симптомов диафрагмальной грыжи. • Интерпретация рентгенологических данных. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка больного к операции. • Ассистирование на операции. • Участие в послеоперационном лечении. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. 5. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. 6. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001. |

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с диафрагмальной грыжей.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 5) Участие в проведении лечебных мероприятий.
- 6) Написание истории болезни больного.

4. Дайте определение релаксации диафрагмы. Назовите причины её возникновения

5. Что такое «грыжа Богдалека» и «щель Ларрея»?

6. Назовите наиболее часто возникающий у детей вид диафрагмальных грыж?

7. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика диафрагмальных грыж»

| Заболевание | начало | t тела | характер течения | живот | рентген. картина | другие симптомы |
|--------------|--------|--------|------------------|-------|------------------|-----------------|
| Опухоль | | | | | | |
| Пневмония | | | | | | |
| Пневмоторакс | | | | | | |

8. Тестовые задания.

Врождённая диафрагмальная грыжа проявляется симптомами:

- а. живот запавший;
- б. вздутие грудной клетки;
- в. сердечные тоны смещены в здоровую сторону;
- г. на стороне патологии дыхание не проводится;
- д. средостение смещено в больную сторону;
- е. на стороне поражения перкуторно притупление;
- ж. на стороне поражения мозаичность перкуторного звука.

Релаксация купола диафрагмы у новорождённых возникает при осложнении:

- а. пункции плевральной полости;
- б. пункции подключичной вены;
- в. дренировании плевральной полости;
- г. при осложнённых родах;
- д. медиастините.

Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

- а. френоперикардиальная;
- б. передние;
- в. пищеводного отверстия;
- г. задние ложные;
- д. истинные.

У детей старшего возраста чаще всего встречаются :

- а. передние грыжи диафрагмы;
- б. истинные левосторонние грыжи;
- в. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г. задние ложные грыжи;
- д. френоперикардиальные грыжи.

При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- а. жесткая эзофагоскопия;
- б. рентгенконтрастное обследование пищевода и желудка;

- в. фиброэзофагоскопия;
- г. обзорная рентгеноскопия;
- д. компьютерная томография.

10. Составьте ситуационную задачу.

11. Составьте 2 тестовых задания.

12. Составьте графологическую схему по теме «Диафрагмальные грыжи у детей» по типу:



Атрезия пищевода

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия пищевода
2. Нормальная физиология пищевода.
3. Анатомо-физиологические особенности пищевода у детей
4. Эмбриология пищевода.
5. Зондирование пищевода.

2. Определение целей занятия

| Студент должен знать | Литература |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость атрезии пищевода. • Причины возникновения аспирационной пневмонии. • Характер нарушения гомеостаза. • Формы атрезии пищевода. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина бессвищевой формы атрезии пищевода. • Клиническая картина свищевой формы атрезии пищевода. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Инструментальные методы исследования. • Контрастное рентгенологическое | <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 5. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. 6. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в |

| | |
|--|--|
| <p>исследование.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к эзофагоскопии. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Срочность оперативного вмешательства. • Предоперационная подготовка. • Операционный доступ. • Техника формирования анастомоза. | <p>хирургии новорожденных. – М. – 2001.</p> <p>7. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.</p> |
| <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Выявление симптомов дыхательной недостаточности. • Выполнение пробы Элефанта. • Интерпретация аускультативных данных. • Интерпретация данных эзофагографии. • Интерпретация данных эзофагоскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Аспирация содержимого из носоглотки. • Ассистирование на операции. • Назначение послеоперационного лечения. | <p>1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.</p> <p>2. Детская хирургия. В 3-х томах. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.</p> <p>3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.</p> <p>4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с.</p> <p>5. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.</p> <p>6. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.</p> |

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с атрезией пищевода.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 5) Участие в проведении консервативных мероприятий.
- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Написание истории болезни больного.

4. Сформулируйте показания и противопоказания к наложению прямого анастомоза пищевода при его атрезии.
5. Назовите наиболее частую форму атрезии пищевода.
6. Охарактеризуйте различия рентгенологической картины при бессвищевой форме атрезии и атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищём.
7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с атрезией пищевода:
 - Акушером –
 - Врачом реанимации –
 - Оперирующим хирургом –
8. Чем осуществляется пластика пищевода при значительном диастазе между его концами?

9. Тестовые задания

1. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
 - а. врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ;
 - б. атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
 - в. атрезия пищевода без свища;
 - г. атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;
 - д. атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом.
2. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:
 - а. эзофагоскопия;
 - б. трахеобронхоскопия;
 - в. проба с метиленовой синью;
 - г. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - д. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.
3. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:
 - а. на правом боку;
 - б. с возвышенным тазовым концом;
 - в. вертикальное;
 - г. горизонтальное;
 - д. положение значения не имеет.
4. Атрезия пищевода со свищом проявляется:

- а. одышкой;
 - б. пенистыми выделениями изо рта;
 - в. срыгиваниями створоженным молоком;
 - г. вздутием живота;
 - д. отсутствием стула;
 - е. смещением средостения.
5. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:
- а. атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
 - б. атрезии пищевода (бессвищевая форма);
 - в. халазии кардии;
 - г. врожденным коротким пищеводом;
 - д. грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
6. При подозрении на трахео-пищеводный свищ у новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- а. эзофагоскопия;
 - б. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - в. трахеоскопия;
 - г. оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - д. трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.
7. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:
- а. уровень атрезии;
 - б. форму атрезии;
 - в. степень воспалительных изменений в легких;
 - г. ширину трахео-пищеводного свища;
 - д. выявить сопутствующую атрезию кишечника
10. Составьте ситуационную задачу.

11. Составьте 2 тестовых задания.

12. Составьте графологическую схему по теме «Атрезия пищевода» по типу:



Тема: «Особенности реанимации детского возраста. Посиндромная интенсивная терапия»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомо-физиологические особенности системы дыхания у детей
2. Анатомо-физиологические особенности системы кровообращения у детей
3. Синдром острой дыхательной недостаточности а) этиология. Б) патогенез, в) принципы терапии
4. Синдром острой сердечно-сосудистой недостаточности а) этиология, б) классификация, в) патогенез, г) интенсивная терапия
5. Понятие внешнего дыхания и транспортной функции кровообращения. легочные объемы.
6. Кислородная емкость крови
7. Право- и левожелудочковая сердечная недостаточность
8. Синдром отека легких
9. Фармакологические препараты для интенсивной терапии дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. физиология дыхания и кровообращения 2. клиника острой дыхательной недостаточности и недостаточности кровообращения 3. клинико-лабораторные и функциональные методы исследования системы дыхания и кровообращения 4. норма и патология показателей дыхательных объемов, газового состава крови, ЭКГ, ОЦК, ЦВД, центральной и периферической гемодинамики, 5. аппаратура для проведения ИВЛ и мониторингового контроля за состоянием дыхания и кровообращения 6. гипербаротерапия и методика её проведения 7. пневмопатия новорожденных. Методика СДППД 8. медикаментозная терапия | <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская анестезиология и реаниматология. Михельсон В.А., М., Мед, 1985 2. клиническая физиология для анестезиолога. Зильбер А.П., М., Мед, 1977 3. Патологические синдромы в педиатрии. Ред. Лукьяновой Е.М. 4. Детская анестезиология, Э.Блек, А.Макьюан, М., 2007 5. руководство по клинической реаниматологии. Дарбинян Т.Н., М., Мед 1974 6. Критические состо- |
| <p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правильная трактовка клинических симптомов и функциональных методов | |

| | |
|--|---|
| <p>исследования при острых нарушениях дыхания и кровообращения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перкуссия и аускультация легких и сердца • Обеспечение и поддержание свободной проходимости дыхательных путей • Прямая ларингоскопия и интубация трахеи • Проведение оксигенотерапии • ИВЛ с помощью лицевых масок • Аппаратная ИВЛ • Аэрозольная терапия • Владение методикой СДППД • Неотложные мероприятия при отеке легких, обмороке, пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии | <p>яния в хирургии Рябов Г.А., М.,Мед 1979</p> <p>7. Анестезиология и реаниматология Ред.Долиной О.А.,ГЭОТАР-Медиа, 2006</p> <p>8. Искусственная вентиляция легких при ОДН, Зильбер А.П., М., Мед, 1978</p> |
|--|---|

3. Работа на дежурстве:

- а. Участие в осмотре и диагностике больного с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью
- б. Проведение пункции и катетеризации подключичной вены по Сельдингеру
- в. Налаживание системы для оксигенотерапии
- г. Выполнение интубации трахеи и аппаратной ИВЛ
- д. Интерпретация показателей анализов газов крови, ионограммы, свертывающей системы

4. Вопросы и задания

1) Охарактеризуйте основные клинические симптомы при:

а. ОДН

б. Острой сердечно-сосудистой недостаточности

2) Стадии сердечно-сосудистой недостаточности

3) Напишите примерные изменения в параметрах газового состояния крови при респираторном ацидозе и алкалозе, а также гемодинамические изменения при острой сердечно-сосудистой недостаточности

- 4) Какие ошибки могут допускаться на различных этапах оказания помощи при острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности у детей
- а. Родителями
 - б. Врачом скорой помощи
 - в. Участковым педиатром
 - г. Приемным отделением стационара
 - д. Врачом-реаниматологом

5. Составьте ситуационную задачу

6. Составьте 2 тестовых задания по острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности

7. Решите тестовые задания

1. Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации:
- а. тиопентал натрия;
 - б. сердечные гликозиды;
 - в. эпинефрин;
 - г. фуросемид;
 - д. атропин;

- е. гидрокарбонат натрия;
 - ж. глюкокортикоидные гормоны;
 - з. хлорид калия;
 - и. лидокаин.
2. При диагностике отёка мозга используются:
- а. рентгенография костей черепа;
 - б. осмотр глазного дна;
 - в. электроэнцефалография;
 - г. измерение ЦВД;
 - д. реоэнцефалография;
 - е. эхоэнцефалография.
3. При отёке мозга для дегидратации используются:
- а. 5% раствор глюкозы;
 - б. фуросемид;
 - в. гемодез;
 - г. маннитол;
 - д. альбумин 10—20%;
 - е. декстран, средняя молекулярная масса 50000—70000.
4. Для купирования судорог используются:
- а. гормоны;
 - б. фуросемид;
 - в. диазепам;
 - г. оксибат натрия;
 - д. миорелаксанты;
 - е. препараты барбитуровой кислоты.
5. Признаки гипертонической дегидратации:
- а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
6. Признаки гипотонической дегидратации:
- а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
7. Выраженное увеличение гематокрита отмечается при:
- а. гипотонической гипергидратации;
 - б. анурии;
 - в. изотонической дегидратации;

- г. гипертонической гипергидратации;
 - д. гипертонической дегидратации;
 - е. гипотонической дегидратации;
 - ж. полицитемии.
8. Клиническая картина при клонических судорогах:
- а. быстро начинаются;
 - б. медленное развитие судорог;
 - в. охватывают крупные мышцы;
 - г. охватывают мелкие мышцы;
 - д. продолжительные;
 - е. быстро проходящие.
9. Клиническая картина при тонических судорогах:
- а. быстро начинаются;
 - б. медленное развитие судорог;
 - в. охватывают крупные мышцы;
 - г. охватывают мелкие мышцы;
 - д. продолжительные;
 - е. быстро проходящие.
10. При отёке лёгких у детей используют:
- а. сердечные гликозиды;
 - б. периферические вазодилататоры;
 - в. салуретики;
 - г. осмодиуретики;
 - д. в-адреноблокаторы;
 - е. ганглиоблокаторы;
 - ж. инотропы (синтетические катехоламины).

Тема 8: «Врожденный вывих бедра. Кривошея, косолапость».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия шеи, стопы и таза.
2. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата голеностопного и тазобедренного суставов.
3. Эмбриогенез опорно-двигательной системы.
4. Причины, приводящие порокам развития опорно-двигательного аппарата.
5. Особенности клиники и диагностики ортопедических заболеваний

- у детей.
- 6. Налаживание контакта с ребенком.
- 7. Уход за детьми с ортопедическими заболеваниями.
- 8. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

| Студент должен знать | Литература |
|--|--|
| <p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота врожденного вывиха, косолапости и кривошеи. • Преобладание того или иного заболевания в зависимости от пола ребенка. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского опорно-двигательного аппарата. • Нормальную и топографическую анатомию тазобедренного сустава, стопы, голени и шеи. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология врожденного вывиха бедра. • Этиология врожденной мышечной кривошеи. • Этиология врожденной косолапости. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез врожденного вывиха бедра и механизм возникновения осложнений. • Патогенез врожденной мышечной кривошеи. • Патогенез врожденной косолапости. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина врожденного вывиха бедра у детей различных | <ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л 1976 • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егiazаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., |

| | |
|---|--|
| <p>возрастных групп.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина врожденной мышечной кривошеи. • Клиническая картина врожденной косолапости. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при врожденном вывихе бедра у детей различных возрастных групп. • Виды дополнительных методов обследования при врожденной мышечной кривошеи. • Виды дополнительных методов обследования при врожденной косолапости. • Дифференциальная диагностики врожденного вывиха бедра. • Дифференциальная диагностики врожденной мышечной кривошеи. • Дифференциальная диагностики врожденной косолапости. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп. Показания к оперативному лечению. Виды операций. • Основные принципы консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи у детей различных возрастных групп. Показания к оперативному лечению. Виды операций. • Основные принципы консервативного лечения врожденной косолапости. Показания к оперативному лечению. Виды операций. | <p>1990.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986. |
| <p>Студент должен уметь</p> | <p>Литература</p> |
| <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным и его родителями. | <ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. |

- Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни.
- Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания.
- Интерпретация анамнеза.

Объективное обследование

- Оценка общего состояния.
- Осмотр: определение наличия деформаций, нарушения осанки, походки.
- Пальпация: определение наличия местной температуры; очага боли.
- Определение патогномичных симптомов.
- Антропометрия: определение абсолютного и относительного укорочения нижней конечности, а также ее отдельных сегментов.
- Определение объема движений в суставах: активных и пассивных.
- Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения.

Интерпретация результатов исследования

- Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ.
- Оценка результатов УЗИ

Участие в лечении

- Наложение шины Виленского, подушки Фрейка.
- Ассистенция при закрытом вправлении врожденного вывиха бедра и наложении этапных гипсовых повязок.
- Ассистенция при наложении вытяжения (лейкопластырного или скелетного).
- Укладка больного в положении гиперкоррекции головы, наложение фиксирующих повязок на шею или различных видов головодержате-

- Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678.

- Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г.

- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.

- Травматология и ортопедия Шапошников Ю.Г. - М., 1997

- Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

| | |
|---|--|
| лей. <ul style="list-style-type: none"> • Бинтование стоп по Финку-Эттингену. • Наложение этапных гипсовых повязок на голени и стопы. • Ассистенция на операциях. | |
|---|--|

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическим повреждением.
 2. Сбор анамнеза.
 3. Объективное обследование.
 4. Интерпретация рентгенограмм.
 5. Участие в закрытой репозиции, вправлении вывиха или подвывиха.
 6. Ассистенция на операциях: ПХО, скелетном вытяжении и открытой репозиции.
 7. Наложение фиксирующих повязок.
 8. Оформление истории болезни.
 9. Наблюдения за ортопедическими больным после операции или наложения фиксирующей повязки.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать врожденную мышечную кривошею:

5. Перечислите все методы лечения врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп.

| | |
|---------------------------|--|
| 1. В возрасте 1-го месяца | |
| 2. С 6-ти месяцев | |
| 3. В возрасте 1-2 лет | |

| | |
|-----------------|--|
| 4. Старше 2 лет | |
|-----------------|--|

6. Из каких элементов деформации стопы складывается врожденная косолапость:

7. Рентгенологические симптомы врождённого вывиха бедра:

- Смещение головки бедренной кости выше линии Келлера и кнаружи от линии Омбредана;
- Шеечно-диафизарный угол $< 100^\circ$;
- Увеличение ацетабулярного индекса;
- Уменьшение ацетабулярного индекса;
- Отрицательный угол Виберга;
- Искривление дуги Шентона;
- Непрерывная дуга Кальве;
- Головка бедренной кости проецируется на крыло подвздошной кости

8. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика заболеваний тазобедренного сустава».

| Заболевание | Патогенетические факторы | Характ. возраст | Соотнош. по полу (М:Д) | Характер и локализация боли | Ограничение движений. | Рентгенологич. проявления | Лечение |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------|
| Болезнь Пертеса | | | | | | | |
| Эпифизарный остеомиелит | | | | | | | |
| Юношеский эпифизеолиз | | | | | | | |
| Врожденный вывих бедра | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Реактивный синовит | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация кривошея».



12. Решите тестовые задания

1. Что является причиной появления косолапости?
 - 1) Порок первичной закладки.
 - 2) Внутриутробная травма,
 - 3) Родовая травма.
 - 4) Дисплазия.
 - 5) Внутриутробный полиомиелит
2. Основные симптомы косолапости?
 - 1) Эквинус стопы
 - 2) Экскаватус стопы
 - 3) Вальгус стопы
 - 4) Варус стопы
 - 5) Супинация стопы
 - 6) Приведение переднего отдела стопы
3. Какие изменения наблюдаются в нижних конечностях (голени, коленные суставы) при косолапости
 - 1) Ротация голени наружу.
 - 2) Ротация голени внутрь
 - 3) Атрофия мышц голени.
 - 4) Рекурвация в коленных суставах,
 - 5) Сгибательные контрактуры в коленных суставах.
4. Характерная походка больных с врожденной косолапостью?
 - 1) не хромает
 - 2) хромает.
 - 3) ходит переступая "нога за ногу"
 - 4) наступает на всю стопу.
 - 5) наступает на внутренний край стопы.

- 6) наступает на наружный край стопы.
 - 7) имеется натоптыш на передне-наружном отделе стопы.
5. Когда начинать лечение больных
- 1) с первого дня рождения.
 - 2) как только заживет пупок
 - 3) через месяц после рождения.
 - 4) с 6-месячного возраста
 - 5) после года
 - 6) после 3 лет.
6. В чем заключается консервативное лечение косолапости
- 1) мягкое бинтование,
 - 2) лечебная гимнастика
 - 3) массаж.
 - 4) редрессация
 - 5) гипсовые повязки.
7. До какого возраста следует лечить больных с косолапостью консервативно
- 1) до 6 месяцев.
 - 2) до года.
 - 3) до 2,5-3 лет.
 - 4) до 5 летнего возраста.
8. Какие методы включает в себя послеоперационная реабилитация больных
- 1) Лечебная гимнастика.
 - 2) Массаж.
 - 3) Теплые ванны
 - 4) Физиотерапевтическое лечение
 - 5) Механотерапия.
9. В чем заключается лечебное протезирование
- 1) Ортопедический аппарат.
 - 2) Ортопедическая обувь.
 - 3) Обычная обувь.
 - 4) Тутор.
10. Какая теория этиологии врожденного вывиха бедра наиболее обоснованы
- 1) воспалительная
 - 2) травматическая
 - 3) диспластическая
11. У лиц какого пола наиболее часто встречается врожденный вывих бедра?

- 1) мужского
 - 2) женского.
12. Какой ранний признак врожденного вывиха бедра наиболее патогномичен у новорожденного
- 1) Укорочение конечности.
 - 2) Асимметрия кожных складок
 - 3) Симптом соскальзывания.
 - 4) Ограничение отведения бедер.
13. Какая из схем рентгенологической диагностики наиболее приемлема у новорожденных
- 1) Схема Омбредана.
 - 2) Схема Рейнберга .
 - 3) Схема Хильгенрейнера.
14. Какой из рентгенологических признаков характерен для врожденного вывиха бедра у детей первого полугодия жизни
- 1) Деформация головки.
 - 2) Ацетабулярный индекс.
 - 3) Угол Виберга.
15. В каком возрасте следует начинать лечение врожденного вывиха бедра
- 1) в период новорожденности
 - 2) после исчезновения физиологического гипертонуса
 - 3) во 2 полугодии жизни
16. Какой из методов является ведущим в лечении врожденного вывиха бедра у детей после 3 лет
- 1) консервативный
 - 2) оперативный.
17. Какое осложнение закрытого вправления вывиха бедра встречается наиболее часто?
- 1) перелом бедра
 - 2) повреждения седалищного нерва
 - 3) асептический некроз головки бедра