

№ Пед-21-01-21

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 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 31.08.2020 г.

Владикавказ, 2020

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 5 курса (10 семестр) педиатрического 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.

ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ

1. Особенности травматических повреждений у детей.
2. Повреждения верхней конечности.
3. Повреждения нижней конечности.
4. Повреждения позвоночника и таза.
5. Черепно-мозговая травма.
6. Ожоги и отморожения.
7. Травматические повреждения органов грудной клетки и брюшной полости.
8. Врождённый вывих бедра. Кривошея, косолапость.
9. Деформации позвоночника.

Тема 1: «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> <ul style="list-style-type: none">• Виды травматизма у детей.• Преобладание того или иного вида в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Особенности строения и химического состава кости у детей.• Другие особенности детского организма, способствующие меньшей подверженности детей травматическим повреждениям. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Понятие механизма травмы.• Понятие обстоятельств травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях.• Типы костной мозоли и механизм ее образования.• Патогенез замедленной консолидации перелома и возникновения посттравматических ложных суставов.	<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.

<p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Переломы костей, встречающиеся только в детском возрасте. • Пять достоверных клинических признаков перелома кости. • Особенности клинической картины поднадкостничного перелома. • Клиническая картина травматического вывиха у детей. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования в травматологии-ортопедии. • Особенности дифференциальной диагностики травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов и вывихов у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</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. 	<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

- Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины.
- Определение объема движений в суставах: активных и пассивных.
- Аускультация суставов.
- Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации.

Интерпретация результатов исследования

- Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ.
- Оценка результатов УЗИ
- Оценка результатов общего анализа крови и мочи.

Участие в лечении

- 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.

топографической анатомией детского возраста.
Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

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. Какими анатомо-физиологическими особенностями детского организма объясняется:
1. Поднадкостничный перелом-
 2. Перелом по типу «зеленой веточки»-
 3. Эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз, апофизеолиз-
5. Назовите 3 основных принципа лечения переломов костей:

6. Только в детском возрасте встречаются:

- а. поднадкостничный перелом;
- б. апофизеолиз;
- в. вывих головки бедренной кости;
- г. подвывих головки лучевой кости;
- д. эпифизеолиз и остеоэпифизеолиз;
- е. перелом шейки бедренной кости;
- ж. перелом головки лучевой кости.

7. Клиническими признаками перелома являются:

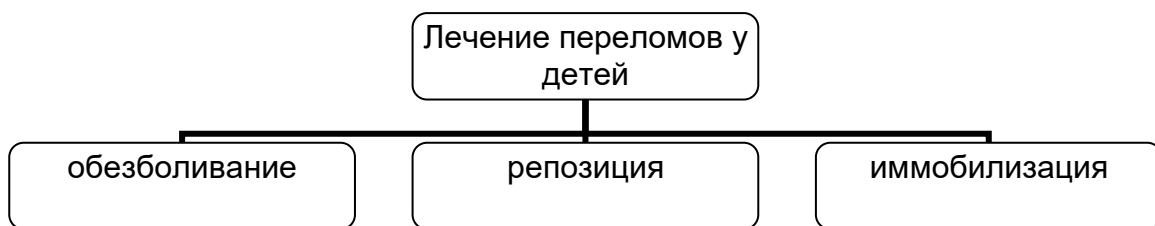
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений»:

Повреждение	Анамнез	Характер боли	Деформация	Крепиртация	Пат. подвижность	Объем движений	Функция
Перелом							
Вывих							
Ушиб							

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания.

1. Для клинической картины врождённой 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

Тема 2: «Повреждения верхней конечности».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия верхней конечности.
2. Кровоснабжение верхней конечности у детей.
3. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата.
4. Причины, приводящие к повреждениям верхней конечности у детей и меры их профилактики.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений у детей.
6. Первая помощь при повреждениях верхней конечности у детей.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Уход за детьми с повреждениями верхней конечности
9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Частота повреждений сегментов верхней конечности у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений верхней конечности. • Нормальную и топографическую анатомию верхней конечности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л 1976 • Хирургические болезни 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-

<p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях. • Патогенез ранних и поздних осложнений, возникающих при повреждениях области локтевого сустава. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина переломов всех сегментов верхней конечности. • Клиническая картина ротационного подвывиха головки лучевой кости. • Клиническая картина травматического вывиха предплечья и перелома-вывихов предплечья. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при повреждениях верхней конечности. • Дифференциальная диагностики травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов и вывихов верхней конечности у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств. 	<p>Егиазаров Г.М.-М., 1983.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</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 	<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.

<p>травмы).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, вынужденного положения конечности. • Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины верхней конечности. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • 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 <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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
---	---

3. Работа на дежурстве.

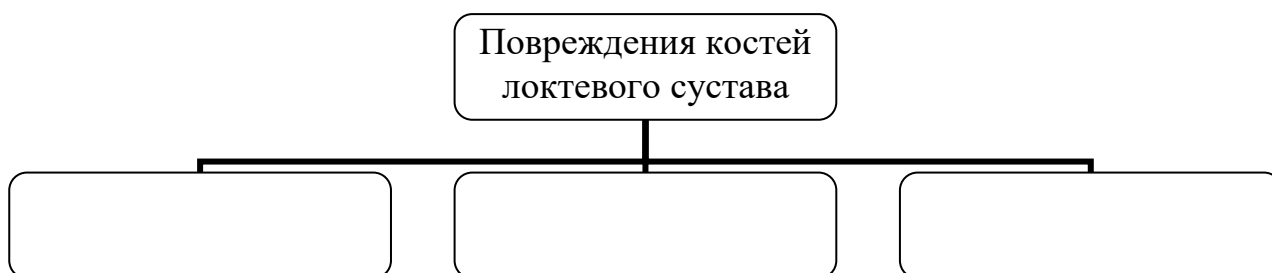
1) Прием больного с травматическим повреждением верхней конеч-

Осео- миелит										
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Повреждения области локтевого сустава» по типу:



12. Решите тестовые задания

1. Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерны:
 - а. патологическая подвижность;
 - б. крепитация;
 - в. резко болезненное ротационное движение предплечья;
 - г. отсутствие движения в локтевом суставе;
 - д. ограничение движения в локтевом суставе;
 - е. деформация локтевого сустава;
 - ж. в анамнезе — тракция за руку;
 - з. в анамнезе — падение на вытянутую руку.
2. Возможные осложнения при повреждении костей, образующих локтевой сустав:
 - а. ишемическая контрактура Фолькманна;
 - б. варусная или вальгусная деформация;
 - в. деформация типа Маделунга;
 - г. контрактура локтевого сустава;
 - д. парез периферических нервов;
 - е. контрактура Дюпюитрена;
 - ж. псевдоартроз;
 - з. анкилоз.
3. Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании
 - а) локальной боли

- б) разлитой болезненности
 - в) усиления боли при осевой нагрузке
 - г) крепитации
 - д) правильно а) и в)
4. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости при транспортировке больного осуществляется
- а) шиной Крамера
 - б) отводящей шиной ЦИТО
 - в) повязкой Дезо
 - г) гипсовой повязкой по Вайнштейну
5. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение
- а) мягкой повязки Дезо
 - б) гипсовой повязки Дезо
 - в) шины Крамера
 - г) гипсовой повязки по Вайнштейну
 - д) торакобрахиальной гипсовой повязки
6. К неотложным мероприятиям при переломе дистального конца плечевой кости относятся
- а) новокаиновая блокада и наложение гипсовой повязки
 - б) наложение скелетного вытяжения
 - в) ручная репозиция перелома
 - г) введение антибиотиков
 - д) переливание кровезаменителей
7. К переломам локтевого сустава относятся
- а) перелом Мальгенья
 - б) перелом головчатого возвышения плечевой кости
 - в) перелом Монтеджа
 - г) перелом Галеацци
 - д) правильно а) и б)
8. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима
- а) повязка Дезо
 - б) фиксация шиной Крамера
 - в) фиксация на шине ЦИТО
 - г) фиксация шиной Ситенко
 - д) торакобрахиальная повязка
9. При переломах шейки и головки лучевой кости повреждается ветвь
- а) лучевого нерва
 - б) локтевого нерва
 - в) срединного нерва
10. К диафизарным переломам костей предплечья относятся
- а) перелом Монтеджа

- б) перелом Голеацци
 - в) перелом Мальгенья
 - г) все перечисленные
 - д) только а) и б)
11. При переломах лучевой кости в типичном месте в качестве иммобилизации используется
- а) тыльный гипсовый лангет
 - б) круговая гипсовая повязка до локтевого сустава
 - в) круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча
 - г) ладонный гипсовый лангет
 - д) тыльный и ладонный гипсовый лангет
12. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:
- а. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - б. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - в. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
 - г. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
 - д. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.
13. Выберите наиболее рациональный метод лечения закрытого косого перелома плеча в с/3 со смещением отломков по ширине и длине:
- а. закрытая ручная репозиция отломков, фиксация гипсовой лонгетой
 - б. лейкопластырное вытяжение на отводящей шине
 - в. скелетное вытяжение на отводящей шине, ЦИТО
 - г. интрамедуллярный остеосинтез
 - д. экстрамедуллярный остеосинтез
14. Какой вид смещения косых отломков характеризует закрытый сгибательный чрезмыщелковый перелом плеча:
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кпереди
 - в. смещение дистального отломка кзади
 - г. смещение дистального отломка по ширине
15. Какой вид смещения костных отломков характеризует закрытый разгибательный чрезмыщелковый перелом плеча?
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кпереди
 - в. смещение дистального отломка кзади
 - г. смещение дистального отломка по ширине
16. Какой вид смещения костных отломков характеризует аддукционный перелом хирургической шейки плеча?

- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кнутри (угол открытый кнутри)
 - в. смещение дистального отломка кнаружи (откол открытый кнаружи)
 - г. смещение дистального отломка по длине и ширине
 - д. смещение дистального отломка по ширине, длине и периферии
17. Какой вид смещения костных отломков характеризует абдукционный перелом хирургической шейки плеча:
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кнутри (угол открытый кнутри)
 - в. смещение дистального отломка кнаружи (откол открытый кнаружи)
 - г. смещение отломков по длине и ширине
 - д. смещение отломков по ширине, длине и периферии
18. Выберите рациональный способ иммобилизации после репозиции надмыщелкового перелома плеча:
- а. фиксация мягким бинтом
 - б. фиксация повязкой типа "косынка"
 - в. задняя гипсовая лонгета
 - г. циркулярная гипсовая повязка
19. Выберите рациональный способ лечения переломовывиха Монтеджа:
- а. сопоставление отломков локтевой кости с последующим вправлением вывиха головки луча
 - б. вправление головки луча с последующим сопоставлением отломков локтевой кости
20. Какой вид смещения отломков характеризует разгибательный перелом луча в типичном месте:
- а. по ширине
 - б. по длине и ширине
 - в. смещение дистального отломка кзади и кнаружи
 - г. смещение дистального отломка кпереди и кнаружи

Тема 3: «Повреждения нижней конечности».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия нижней конечности.
2. Кровоснабжение нижней конечности у детей.

3. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата.
4. Причины, приводящие к повреждениям нижней конечности у детей и меры их профилактики.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений у детей.
6. Первая помощь при повреждениях нижней конечности у детей.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Уход за детьми с повреждениями нижней конечности
9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота повреждений сегментов нижней конечности у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений нижней конечности. • Нормальную и топографическую анатомию нижней конечности. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях. • Патогенез повреждений коленного сустава и механизм возникновения посттравматических осложнений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина переломов всех сегментов нижней конечности. • Клиническая картина различных повреждений коленного сустава. • Клиническая картина травматического вывиха стопы и переломо-вывихов стопы. <p><u>Диагностика</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни 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., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989.

<ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при повреждениях нижней конечности. • Дифференциальная диагностики травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов нижней конечности у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств. 	<ul style="list-style-type: none"> • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<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, вынужденного положения конечности. • Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Определение патогномоничных симптомов («прилипшей пятки» и т.д.). • Антропометрия: определение 	<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

окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины нижней конечности.

- Определение наличия выпота в коленном суставе.
- Определение объема движений в суставах: активных и пассивных.
- Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации.

Интерпретация результатов исследования

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

Участие в лечении

- Местная анестезия: инфильтрационная и проводниковая.
- Пункция коленного сустава.
- 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 нижней конечности.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм.
5. Участие в закрытой репозиции, вправлении вывиха или подвывиха.
6. Пункция коленного сустава под руководством врача.
7. Ассистенция на операциях: ПХО, скелетном вытяжении и открытой репозиции.
8. Наложение фиксирующих повязок.
9. Оформление истории болезни.
10. Наблюдения за больным после операции.

4. Дайте определение следующим анатомическим ориентирам:

1. Линия Розера–Нелатона –

2. Линия Шумахера –

5. Абсолютная длина нижней конечности измеряется:

от _____

до _____

6. Относительная длина нижней конечности измеряется:

от _____

до _____

7. Приведите классификацию переломов костей голени.

1. По локализации.

2. По характеру линии излома

8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений и заболеваний коленного сустава»:

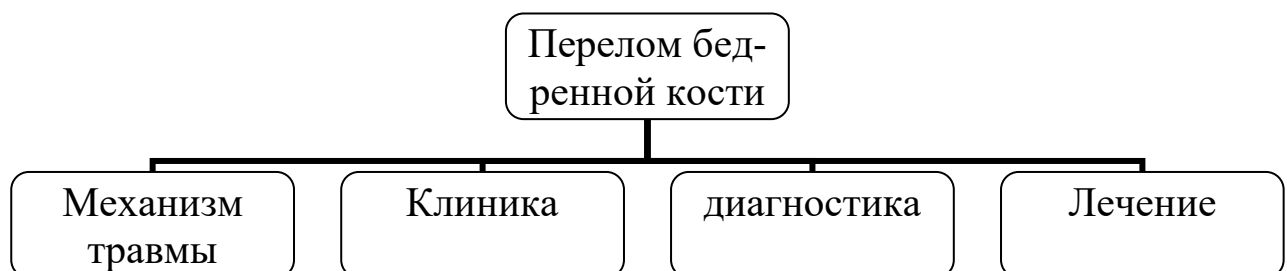
Повреждение	Патогенетические факторы	Характер и локализация боли	Клиническая картина (патогномич. симптомы)	Местная т-ра	Интерпретация инструмент. методов обследования.	Клинич. анализы	Лечение
Ушиб, гемартроз							
Перелом внутрисуставн.							
Вывих надколенника							
Разрыв мениска							
Гонит							
Посттравматич.							

СИНО- ВИТ							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Переломы бедренной кости».



12. Решите тестовые задания

1. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является
 - а. первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение гипсовой повязки
 - б. первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения
 - в. остеосинтез, если имеется материально-техническое обеспечение, подготовленные кадры
 - г. наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки
 - д. правильно в) и г)
2. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является
 - а. гипсовая повязка
 - б. скелетное вытяжение + гипсовая повязка
 - в. компрессионно-дистракционный метод
 - г. операция остеосинтеза
3. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают
 - а. за пяточную кость
 - б. за надлодыжечную область
 - в. за таранную кость
 - г. правильно а) и б)
4. Переломы костей голени без смещения отломков требуют
 - а. наложения гипсовой повязки
 - б. скелетного вытяжения
 - в. наложения компрессионно-дистракционного аппарата
 - г. хирургического лечения
 - д. функционального лечения
5. Причина несросшегося перелома диафиза бедра
 - а. смещение отломков
 - б. интерпозиция тканей между отломками
 - в. анатомо-физиологические особенности
 - г. ранняя нагрузка
 - д. все перечисленное
6. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:
 - а) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - в) гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
 - г) гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;

- д) циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;
7. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:
- а. открытое направление;
 - б. вытяжение по Шеде;
 - в. вытяжение по Блаунту;
 - г. вправление закрытое;
 - д. закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки.
8. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:
- а. открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
 - б. одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
 - в. вытяжение по Шеде;
 - г. вытяжение по Блаунту;
 - д. лечения не требуется.
9. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются:
- а. закрытых внутрисуставных переломов со смещением;
 - б. закрытых диафизарных переломов 2 костей голени;
 - в. метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением;
 - г. закрытых переломов с полным смещением;
 - д. всех видов переломов со смещением отломков.
10. Назовите закономерное смещение отломков при переломе бедра в верхней трети?
- а. проксимальный фрагмент приведен и согнут в тазобедренном суставе, дистальный отведен
 - б. проксимальный отломок отведен и разогнут, дистальный приведен
 - в. проксимальный отломок отведен и согнут в тазобедренном суставе, дистальный приведен
11. Назовите закономерное смещение дистального отломка при переломе бедра в нижней трети?
- а. отломок смещен кнутри
 - б. отломок смещен кзади
 - в. отломок смещен кнаружи
 - г. отломок смещен кпереди
12. Выберите рациональный способ лечения закрытого перелома бедра у детей:
- а. закрытая ручная репозиция с фиксацией гипсовой тазобед-

- ренной повязкой
- б. открытая репозиция с фиксацией гипсовой тазобедренной повязкой
 - в. метод постоянного вытяжения
 - г. интрамедуллярный остеосинтез
 - д. экстремедуллярный остеосинтез
13. Выберите рациональный способ лечения оскольчатого закрытого перелома обеих костей голени:
- а. закрытая ручная репозиция с наложением гипсовой повязки
 - б. открытая репозиция с наложением гипсовой повязки
 - в. закрытая репозиция с применением постоянного вытяжения
14. Назовите характерный признак эпифизеолиза?
- а. перелом диафиза трубчатой кости
 - б. перелом метафиза трубчатой кости
 - в. перелом по ростковой зоне
 - г. перелом эпифиза трубчатой кости

Тема 4: «Повреждения таза и позвоночника»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия позвоночника и таза.
2. Кровоснабжение позвоночника и таза у детей.
3. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата позвоночника и таза.
4. Причины, приводящие к повреждениям позвоночника и таза у детей и меры их профилактики.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений у детей.
6. Первая помощь при повреждениях позвоночника и таза у детей.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Уход за детьми с повреждениями позвоночника и таза.
9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота повреждений таза и позвоночника у детей • Преобладание того или иного вида 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976

травмы в зависимости от возраста.

Анатомия и физиология

- Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений позвоночника и таза.
- Нормальную и топографическую анатомию позвоночника и таза.

Этиология

- Механизм травмы.
- Обстоятельства травмы.

Патогенез

- Патогенез повреждений таза и позвоночника и механизм возникновения посттравматических осложнений.
- Патогенез травматического шока.

Клиника

- Клиническая картина переломов позвоночника.
- Клиническая картина различных повреждений таза.
- Клиническая картина ротационного подвывиха атланта.
- Клиническая картина травматического шока.

Диагностика

- Виды дополнительных методов обследования при переломах позвоночника.
- Виды дополнительных методов обследования при переломах таза и возможных повреждениях тазовых органов.
- Данные лабораторных и специальных методов обследования при травматическом шоке.
- Дифференциальная диагностика травматических повреждений позвоночника у детей.
- Дифференциальная диагностика травматических повреждений таза.

Лечение

- Основные принципы противошоковой терапии.

- 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., 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов позвоночника у детей. • Основные принципы лечения повреждений таза у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации. • Показания к оперативному лечению. 	
<p>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</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 деформаций, нарушения осанки, походки. • Пальпация: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Определение патогномичных симптомов (Вернеля, «прилипшей пятки» и т.д.). • Антропометрия: определение; относительного укорочения нижней конечности. • Определение наличия выпота полости брюшной полости. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ • Общеклинических анализов. 	<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

Участие в лечении

- Местная анестезия: проводниковая анестезия по Школьникову - Селиванову.
- Наложение вытяжения за подмышечные ляжки.
- Укладка больного в «положении лягушки».
- Ассистенция при скелетном вытяжении за бедренную кость.
- Укладка больного на гамак.

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическим повреждением позвоночника или таза.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм.
5. Участие в проведении противошоковой терапии в условиях реанимационного и травматологического отделений.
6. Проведение местной анестезии: проводниковая анестезия по Школьникову - Селиванову.
7. Наложение вытяжения за подмышечные ляжки.
8. Укладка больного в «положении лягушки».
9. Оформление истории болезни.
10. Наблюдения за больным после операции.

4. Компрессионный перелом тел грудных позвонков характеризуется:

- а. Симптомом Тренделенбурга;
- б. Посттравматическим апноэ;
- в. Болью и ограничением движений в области повреждённых позвонков;
- г. Иррадирующими опоясывающими болями;
- д. Сколиотической деформацией позвоночника;
- е. Наличием мышечного валика в области травмы;
- ж. Положительным симптомом Кернига;
- з. Положительным френикус-симптомом.

5. Перечислите все методы дополнительного обследования при осложненном переломе костей таза:

1.	5.
2.	6.

3.	7.
4.	8.

6. В каких случаях при переломе костей таза обязательно произойдет смещение отломков?

7. Какие повреждения позвоночника произойдут при следующих механизмах травмы:

- сгибательно-компрессионный-

- разгибательный-

- сгибательно-разгибательный-

- вертикально-компрессионный-

- ротационный-

- ротационно-сгибательный-

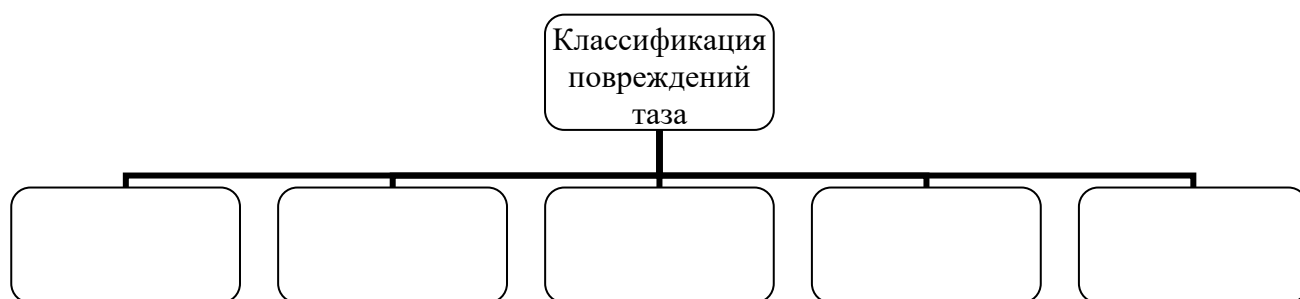
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений и заболеваний позвоночника»:

Повреждение	Патогенетические факторы	Характер и локализация боли	Клиническая картина (патогномонич. симптомы)	Местная Т-ра	Интерпретация инструмент. методов обследования	Клинич. анализы	Лечение
Ушиб.							
Компресс. перелом.							
Туберк. спондилит							
Юнош. кифоз							
Болезнь Кальве							

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация повреждений таза».



12. Решите тестовые задания

1. Компрессионный перелом тел грудных позвонков характеризуется:
 - а. симптомом Тренделенбурга;
 - б. посттравматическим апноэ;
 - в. болью и ограничением движений в области повреждённых позвонков;
 - г. иррадирующими опоясывающими болями;
 - д. сколиотической деформацией позвоночника;
 - е. наличием мышечного валика в области травмы;
 - ж. положительным симптомом Кернига;
 - з. положительным френикус-симптомом.
2. Не является признаком переломов костей таза
 - а. симптом "прилипшей пятки"
 - б. симптом "Волковича" - положение "лягушки"
 - в. симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности
 - г. симптом Лоррея - боли при разведении крыльев таза
 - д. симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза
3. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на перечисленных ниже признаках, кроме
 - а. снижения высоты тела позвонка
 - б. изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
 - в. состояния и нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
 - г. степени смещения межпозвонкового диска
 - д. наличия гематомы в мягких тканях у тела позвонка
4. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяется
 - а. лечение и профилактика травматического шока
 - б. восполнение потерянной при травме крови
 - в. раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
 - г. репозиция смещенных отломков таза
 - д. профилактика и лечение возникающих осложнений
5. При переломах костей таза чаще всего повреждаются
 - а. простата у мужчин и яичники у женщин
 - б. уретра (простатическая ее часть)
 - в. дистальная часть мочеиспускательного канала
 - г. мочевого пузыря
 - д. влагалище у женщин и половой член у мужчин
6. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:

- а. наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону;
 - б. поворот головы в сторону «подвывиха»;
 - в. ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди;
 - г. полный объем движений.
7. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в
- а. шейном отделе;
 - б. верхне-грудном отделе;
 - в. средне-грудном отделе;
 - г. нижне-грудном отделе;
 - д. поясничном отделе.
8. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:
- а. на грудь;
 - б. на спину;
 - в. на ягодицы;
 - г. на ноги;
 - д. на голову.
9. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место:
- а. локальная болезненность, деформация;
 - б. болезненность при осевой нагрузке;
 - в. локальная болезненность, затрудненное дыхание;
 - г. болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
 - д. нарушение функции тазовых органов.
10. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:
- а. функциональный метод лечения {вытяжение, ЛФК, массаж};
 - б. с помощью корсетов;
 - в. оперативное лечение;
 - г. одномоментную реклинацию +корсет;
 - д. не требует лечения;
11. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатый переломом поясничного позвонка:
- а. на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;
 - б. на спине с выпрямленными конечностями;
 - в. на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
 - г. на боку с выпрямленными конечностями;
 - д. нет типичных позиций.
12. Симптом «прилипшей пятки» характерен:
- а. для перелома крыла подвздошной кости;
 - б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;

- в. для перелома горизонтальной ветви лонной кости;
 - г. для отрыва передне-верхней ости;
 - д. для отрыва передне-нижней ости.
13. Вынужденное положение «лягушки» характерно:
- а. при переломе обеих лонных и седалищных костей;
 - б. при отрывном переломе передне-верхней ости;
 - в. при переломе тазового кольца;
 - г. при разрыве крестцово-подвздошного сочленения;
 - д. при отрывном переломе апофиза седалищного бугра.
14. При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного:
- а. сдавить и приподнять таз с помощью «гамачка», укрепленного на балканской раме;
 - б. положение «лягушки» на горизонтальной плоскости;
 - в. скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости;
 - г. скелетное вытяжение за обе из нижних конечностей по горизонтальной плоскости;
 - д. не требует специальной укладки.
15. Симптом «заднего шага» характерен:
- а. для перелома крыла подвздошной кости;
 - б. для разрыва симфиза;
 - в. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
 - г. отрыва передне-нижней ости;
 - д. отрыва передней верхней ости.
16. Целостность тазового кольца не страдает при переломе
- а. лонной и седалищной костей в диагональном варианте;
 - б. переднего полукольца;
 - в. заднего отдела полукольца;
 - г. крестцово-подвздошного сочленения;
 - д. Мальгенья.
17. Целостность тазового кольца нарушена:
- а. при переломе лонной кости
 - б. при переломе седалищной кости
 - в. при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза
 - г. при отрыве бугра седалищной кости
 - д. при краевых переломах подвздошной кости
18. Оптимальный объем противошокового комплекса при переломах таза включает:
- а. внутримышечное введение наркотиков, переливание жидкостей;
 - б. фиксацию на щите с выпрямленными ногами, введение новокаина в область перелома;

- в. фиксацию на щите в положении «лягушки», внутритазовую блокаду по Школьникову-СелИванову, инфузионную терапию, гемотрансфузию;
- г. внутривенное введение наркотиков, массивную трансфузионную терапию;
- д. лечебный наркоз без иммобилизации.

Тема 5: «Черепно-мозговая травма»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия ЦНС.
2. Кровоснабжение головного мозга.
3. Анатома - физиологические особенности детской ЦНС.
4. Причины, приводящие к черепно-мозговой травме у детей и меры их профилактики.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений головного мозга у детей.
6. Первая помощь при черепно-мозговой травме у детей.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Уход за детьми с черепно-мозговой травме.
9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Частота черепно-мозговой травмы у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности черепно-мозговой травме. • Нормальную и топографическую анатомию головы. <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. 	<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.

<ul style="list-style-type: none"> • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в нервной ткани при травме. • Особенности патогенеза ЧМТ у детей <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности клинической картины ЧМТ различной степени тяжести у детей разного возраста <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при черепно-мозговой травмы. • Дифференциальная диагностики черепно-мозговой травмы у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы противошоковой терапии. • Основные принципы лечения черепно-мозговой травмы различной степени тяжести у детей. • Показания к оперативному лечению. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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>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. • 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 деформаций, экстракраниальной гематомы, асимметрии лица. • Пальпация: определение местной температуры; очага боли. • Приемы диагностики общемозговой и очаговой симптоматики. • Оценка состояния периферической иннервации и кровообращения. 	<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.

<p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, ангиографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ. • Оценка анализа ликвора. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения при черепно-мозговой травме различной степени тяжести у детей. • Ассистенция при оперативном лечении ЧМТ. 	<p>Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989</p>
--	---

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести у детей.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм, данных УЗИ, КТ, ЯМРТ.
5. Участие в проведении противошоковой терапии в условиях реанимационного и травматологического отделений.
6. Оформление истории болезни.
7. Ассистенция на операции.
8. Наблюдения за больным после операции.

4. Сформулируйте диагноз согласно классификации черепно-мозговой травмы.

Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, перелом основания черепа.

5. Подберите каждому симптому соответствующую нозологическую единицу.

1. Ликворея из ушных ходов	Внутричерепная гематома
2. Потеря сознания до 2 минут	Субарахноидальное кровоизлияние
3. Расширение зрачка, отсутствие реакции на свет с одной стороны	ОЧМТ. Перелом основания черепа, ушиб головного мозга.

4. Ригидность затылочных мышц

Сотрясение головного мозга

6. Определите тактику лечения ребенка с СГМ:

Госпитализация в отделение реанимации.

Консервативная дегидратационная терапия.

Оперативное лечение.

Антибактериальная терапия.

Гемостатическая терапия.

7. Добавьте ответы в цепочке ребенку с диагнозом: ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, эпидуральная гематома

Падение с высоты → светлый промежуток до (-----)суток → зрачок расширен на (-----)стороне → рефлексы снижены на (-----)стороне → на ЭХОЭГ смещение срединных структур более (-----)мм

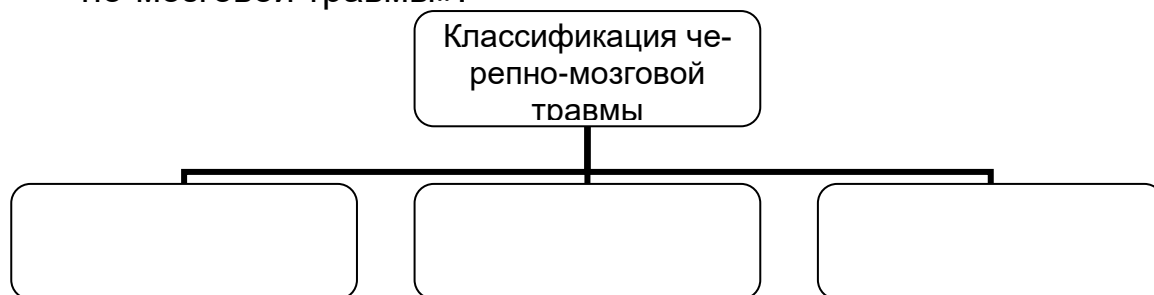
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз черепно-мозговой травмы»:

Повреждение	Патогенетические факторы	Потеря сознания	Ретроградная амнезия	Общемозговые симптомы	Очаговые симптомы	Наличие светлого промежутка	Менингеальные симптомы
СГМ							
Ушиб ГМ.							
Субарахн. кровоизлияние							
Внутричер. гематома							

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация черепно-мозговой травмы».



12. Решите тестовые задания

1. Характерным для перелома основания черепа признаком является

- а. наличие рвано-ушибленной раны
 - б. бессознательное состояние больного
 - в. истечение крови и жидкости из ушного прохода
 - г. жалобы на сильную головную боль
 - д. кровоподтеки в области шеи
2. Для сотрясения головного мозга характерны:
- а. ретроградная амнезия;
 - б. наличие «светлого промежутка»;
 - в. потеря сознания;
 - г. головная боль;
 - д. рвота;
 - е. гемипарез или гемиплегия;
 - ж. анизокория;
 - з. клонико-тонические судороги.
3. Для ушиба головного мозга характерны:
- а. ретроградная амнезия;
 - б. наличие «светлого промежутка»;
 - в. потеря сознания;
 - г. головная боль;
 - д. рвота;
 - е. гемипарез или гемиплегия;
 - ж. очаговая неврологическая симптоматика;
 - з. брадикардия или тахикардия;
 - и. клонико-тонические судороги.
4. Для эпидуральной гематомы характерны:
- а. экстракраниальная гематома;
 - б. кровотечение по задней стенке глотки;
 - в. симптом «очков»;
 - г. анизокория;
 - д. наличие «светлого промежутка»;
 - е. гемипарез;
 - ж. судороги.
5. При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечается:
- а. взбухание большого родничка;
 - б. экстракраниальная гематома;
 - в. нозальная ликворея;
 - г. боль при пальпации области повреждения;
 - д. вдавление по типу «целлулоидного мячика»;
 - е. оскольчатый вдавленный перелом;
 - ж. перелом костей свода черепа по типу трещин.
6. Для установления диагноза черепно-мозговой травмы у детей применяются исследования:
- а. эхоэнцефалография;
 - б. люмбальная пункция;

- в. спирометрия;
 - г. ангиография;
 - д. офтальмоскопия;
 - е. радиоизотопное исследование;
 - ж. КТ, МРТ.
7. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая
- а. головную боль (как "обручем стягивает" голову)
 - б. головную боль, которая заметно усиливается при движении глазных яблок
 - в. положительный симптом Брудзинского
 - г. возможное проявление делириозного состояния
 - д. гемипарез
8. При сотрясении головного мозга у детей показаны:
- а. наблюдение и лечение амбулаторное;
 - б. антибактериальная терапия;
 - в. постельный режим;
 - г. дегидратация, седативная терапия и витаминотерапия;
 - д. санация ликвора люмбальной пункцией;
 - е. гипербарическая оксигенация;
 - ж. гемостатическая терапия.
9. Для клинической картины субдуральной гематомы характерны все следующие симптомы, исключая
- а. светлый промежуток
 - б. нарастающую мозговую гипертензию
 - в. двустороннюю пирамидную недостаточность
 - г. гомолатеральный гемипарез
 - д. смещение при ЭхоЭГ-исследовании Ме-эхо в здоровую сторону
10. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является
- а. кровотечение из носа
 - б. потеря сознания
 - в. головная боль
 - г. эпилептические припадки
 - д. головокружение, нистагм
11. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
- а. перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;
 - б. переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза;
 - в. перелом лобной кости с наличием раны в теменной области;
 - г. перелом теменной кости с наличием раны в лобной области;
 - д. ушиб мягких тканей головы.

12. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:
 - а. кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
 - б. потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизотопию, очаговую симптоматику;
 - в. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
 - г. глубокую кому после сомнительной связи с травмой; Д) гемипарез при ясном сознании.
13. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:
 - а. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
 - б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
 - в. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности;
 - г. общемозговая симптоматика, повышение температуры;
 - д. тетраплегия, ясное сознание.
14. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:
 - а. потеря сознания;
 - б. очаговая неврологическая симптоматика;
 - в. многократная рвота;
 - г. ото-рино-ликворея;
 - д. кровотечение из носа и уха;

Тема 6: «Ожоги и отморожения и детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия и гистология кожи, подкожно - жирового слоя, слизистых оболочек.
2. Кровоснабжение кожи.
3. Анатомо - физиологические особенности детской кожи, подкожно - жирового слоя.
4. Классификация ожогов по этиологии.

5. Причины, приводящие к ожогам и отморожениям у детей и меры их профилактики.
6. Особенности клиники и диагностики термических повреждений детей.
7. Первая помощь при термической травме у детей.
8. Налаживание контакта с ребенком.
9. Уход за детьми с термической травмой.
10. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота термической травмы у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности термической травмы. • Особенности гистологии покровных тканей у детей. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии высоких температур. • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии низких температур. • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии химических веществ и электричества. • Патогенез ожоговой болезни. <p><u>Клиника</u></p>	<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-Егизаров 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Классификация ожогов. • Классификация ожоговой болезни. • Классификация отморожений. • Особенности клинической картины термической травмы различной степени тяжести у детей разного возраста. • Клиническая картина ожоговой болезни и ее особенности у детей. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при термической травме. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы противошоковой терапии. • Основные принципы лечения ожоговой травмы различной степени тяжести у детей. • Основные принципы лечения отморожений различной степени тяжести у детей. • Показания к оперативному лечению. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 степени ожога или отморожения. • Определение площади повреждения различными способами. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></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.И. – М., 1997. • Оперативная хирургия с то-

<ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов лабораторных методов исследования. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения ожоговой болезни в различных стадиях. • Местное лечение при ожогах. • Местное и общее лечение отморожений. • Ассистенция при оперативном лечении термической травмы. ЧМТ. 	<p>пографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989</p>
--	--

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с термической различной степени тяжести у детей.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация клинических, биохимических анализов.
5. Участие в проведении противошоковой терапии в условиях реанимационного и травматологического отделений.
6. Оформление истории болезни.
7. Ассистенция на операции.
8. Наблюдения за больным после операции.

4. Установите правильную последовательность:

В течении ожоговой болезни различают следующие фазы;

1. острая токсемия;
2. септикопиемия;
3. ожоговый шок;
4. реконвалесценция.

5. Подберите каждому симптому соответствующую нозологическую единицу и заполните таблицу:

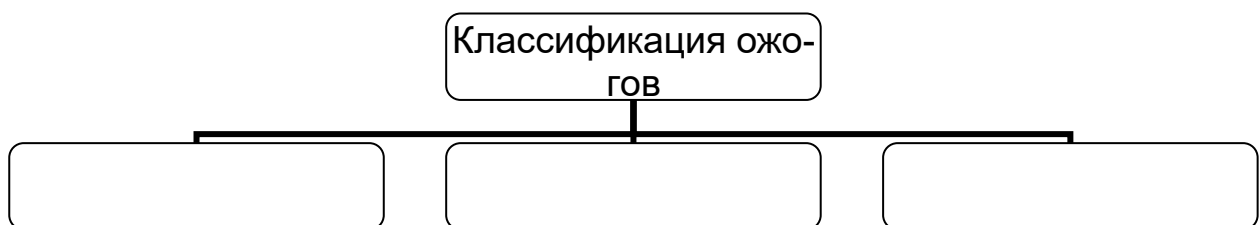
1. Гиперемия кожи в области поражений, выраженная боль.	
2. Обугливание тканей	
3. Коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы	
4. Образование пузырей с серозной жидкостью	

5. Поражение фасций, сухожилий и мышц.	
6. Отёчность	
7. Явления ожогового шока	

6. Определите тактику первой помощи при глубоких степенях отморожения
 - а. Растирание снегом, шерстью;
 - б. Погружение в тёплую воду;
 - в. Наложение термоизолирующей повязки;
 - г. Введение сосудорасширяющих средств;
 - д. Футлярная новокаиновая блокада;
 - е. Наложение масляно-бальзамической повязки после растирания.
7. Каковы патогенетические механизмы отморожения:
8. Что из перечисленного является основным компонентом терапии у детей при:
 - а. Ожогового шока.
 - б. Второй стадии ожоговой болезни
 - в. Третьей стадии ожоговой болезни.
 - 1) Назначение обезболивающих средств;
 - 2) Инфузионная терапия, направленная на компенсацию патологических потерь жидкости;
 - 3) Инфузионная дезинтоксикационная терапия;
 - 4) Введение антигистаминных средств и ингибиторов протеолиза.
 - 5) Назначение больших доз антибактериальных препаратов.
 - 6) Назначение стероидных гормонов.
9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация ожогов по этиологии».



12. Решите тестовые задания

1. Площадь ожоговых ран у детей следует определять с помощью
 - 1) правила девяток
 - 2) скицц Г.Д.Вилявина

3) коэффициентов Н.Н.Блохина

4) скицц Лунда и Броудера

а. верно 1, 2

б. верно 2, 3

в. верно 3, 4

г. верно 1, 3

д. верно 1, 4

2. В течении ожоговой болезни различают следующие фазы:

а. острая токсемия;

б. септикопиемия;

в. ожоговый шок;

г. реконвалесценция.

3. Для ожога I степени характерны:

а. гиперемия кожи в области поражений;

б. образование пузырей с серозной жидкостью;

в. выраженная болезненность;

г. отёчность;

д. потеря функции;

е. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;

ж. явления ожогового шока.

4. Для ожога III степени характерны:

а. гиперемия кожи в области поражений;

б. выраженная болезненность;

в. отёчность;

г. потеря функции;

д. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;

е. явления ожогового шока;

ж. поражение фасций, сухожилий и мышц.

5. Для ожога IV степени характерны:

а. выраженная болезненность;

б. отёчность;

в. потеря функции;

г. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;

д. явления ожогового шока;

е. поражение фасций, сухожилий и мышц;

ж. обугливание тканей.

6. Для определения площади ожога у детей применяют таблицы и схемы:

а. Ланда и Броудера;

б. Постникова;

в. Уоллеса (правило «девяток»);

г. Беркоу;

д. Вейденфельда;

е. Вилявина;

ж. Дигби;

- з. Хильгенрайнера.
7. При термических ожогах IIIA степени в обязательном порядке повреждается
- а. весь сетчатый слой кожи
 - б. частично органеллы кожи эпителиального характера
 - в. сосочковый слой
 - г. частично подкожно-жировая клетчатка
 - д. правильно б) и в)
8. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится
- а. к закрытию раны спиртовой повязкой
 - б. к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В.Вишневского
 - в. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
 - г. возможно все перечисленное
 - д. ничего из перечисленного
9. При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:
- а. растирании снегом, шерстью;
 - б. погружении в тёплую воду;
 - в. наложении термоизолирующей повязки;
 - г. введении сосудорасширяющих средств;
 - д. футлярной новокаиновой блокаде;
 - е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания.

Тема 7: «Травматические повреждения органов грудной клетки и брюшной полости».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия грудной полости.
2. Анатомия брюшной полости.
3. Особенности детского кровоснабжения грудной и брюшной полости.
4. Причины, приводящие к повреждениям органов грудной и брюшной полости.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений органов грудной и брюшной полости.
6. Первая помощь при травмах органов грудной и брюшной полости

детей.

7. Налаживание контакта с ребенком.

8. Уход за детьми с повреждениями органов грудной и брюшной полости у детей.

9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Частота повреждений органов грудной и брюшной полости.• Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений органов грудной клетки и брюшной полости.• Нормальную и топографическую анатомию органов грудной клетки и брюшной полости. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Механизм травмы.• Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патофизиологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях грудной клетки.• Патофизиологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости.• Патофизиологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях полых органов брюшной полости.• Патогенез травматического шока. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Классификация повреждений грудной клетки.• Классификация повреждений органов брюшной полости.	<ul style="list-style-type: none">• Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - М., 1976• Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998• Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- М., 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., 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина повреждений грудной клетки. • Клиническая картина повреждения полых органов брюшной полости. • Клиническая картина повреждения паренхиматозных органов брюшной полости. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при повреждениях органов грудной клетки и брюшной полости. • Дифференциальная диагностика травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения повреждений грудной клетки. • Основные принципы лечения повреждений полых органов брюшной полости. • Основные принципы лечения повреждений паренхиматозных органов брюшной полости. • Основные принципы противошоковой терапии. • Виды анестезии. • Показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств. 	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<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 вынужденного положения больного, наличие ран, ссадин, кровоподтеков на кожных покровах грудной клетки и живота. 	<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.

<ul style="list-style-type: none"> • Контроль ЧД, ЧСС, АД. • Пальпация, перкуссия и аускультация грудной клетки и брюшной полости. • Определение патогномоничных симптомов. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, УЗИ, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов клинических и биохимических анализов <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения травматического шока. • Предоперационная подготовка больного • Пункция плевральной полости. • Ассистенция на операциях. • Ушивание операционной раны. 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989
---	--

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическими повреждениями органов грудной клетки и брюшной полости.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм, данных УЗИ, КТ, ЯМРТ.
5. Интерпретация клинических, биохимических анализов.
6. Участие в проведении противошоковой терапии в условиях реанимационного и травматологического отделений.
7. Оформление истории болезни.
8. Ассистенция на операции.
9. Наблюдения за больным после операции.

4. Используя приведенные симптомы заполните таблицу:

Повреждение полого органа брюшной полости	Повреждение паренхиматозного органа брюшной полости

Укорочение перкуторного звука в отлогих местах; выраженные симптомы раздражения брюшины; симптом «ваньки-встаньки» ; наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически; отсутствие перистальтики; симптом исчезновения печёночной тупости; френикус-симптом; сильные опоясывающие боли; укорочение перкуторного звука в левой половине живота; слабый симптом Щёткина—Блюмберга; лейкоцитоз; снижение АД.

5. Дайте клиническую характеристику плевропульмональному шоку:

6. Основным патогенетическим синдромом повреждения:

1. Полого органа брюшной полости является _____

2. Паренхиматозного органа брюшной полости является _____

7. При подозрении на травму органов грудной клетки необходимы следующие дополнительные методы обследования:

8. При и подозрении на травму органов брюшной полости необходимы следующие дополнительные методы обследования:

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация повреждений грудной клетки».



12. Решите тестовые задания

1. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:
 - А) спленэктомию;
 - Б) попытку ушивания дефекта;
 - В) перевязку селезеночной артерии;

- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки.
2. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:
- А) спленэктомию
 - Б) попытку ушивания дефекта
 - В) перевязку селезеночной артерии ;
 - Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенки
 - Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки
3. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;
 - В) с лапароскопии;
 - Г) с лапароцентеза;
 - Д) с внутривенной урографии.
4. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
 - В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
5. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение, подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, ревизия;
 - В) лапароскопия, длительный дренаж;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
6. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;

- В)с лапароцентеза;
 - Г) с лапароскопии;
 - Д) с внутривенной урографии.
7. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:
- А)лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В)установку длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомию;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
8. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:
- А)лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;
 - В)лапаротомия;
 - Г) наблюдение;
 - Д) консервативная терапия.
9. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:
- А)лапароскопия;
 - Б) лапароцентез;
 - В)лапаротомия;
 - Г) ультразвуковое исследование;
 - Д) наблюдение.
- 10.У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является:
- А)радикальная операция;
 - Б) торакоскопия;
 - В)плевральная пункция;
 - Г) дренирование с активной аспирацией;
 - Д) дренирование по Бюлау.
11. Для закрытой травмы живота с повреждением полого органа характерны:
- а. укорочение перкуторного звука в отлогах местах;
 - б. выраженные симптомы раздражения брюшины;
 - в. симптом «ваньки-встаньки»;
 - г. наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически;
 - д. отсутствие перистальтики;

- е. симптом исчезновения печёночной тупости.
12. Для закрытой травмы селезёнки характерны симптомы:
- а. френикус-симптом;
 - б. сильные опоясывающие боли;
 - в. укорочение перкуторного звука в левой половине живота;
 - г. слабый симптом Щёткина—Блюмберга;
 - д. лейкоцитоз;
 - е. снижение АД.
13. Для закрытой травмы печени характерны следующие симптомы:
- а. явления посттравматического шока;
 - б. положительный френикус-симптом;
 - в. болезненность и слабоположительный симптом Щёткина—Блюмберга в правом подреберье;
 - г. свободный газ в брюшной полости;
 - д. укорочение перкуторного звука в правом боковом канале;
 - е. положительный симптом Пастернацкого.
14. При подозрении на разрыв диафрагмы наиболее информативным методом исследования является
- а. обзорная рентгенография грудной и брюшной полости
 - б. рентгенография с перорально вводимым контрастом
 - в. диагностическая пункция плевральной полости
 - г. лапароцентез или лапароскопия
 - д. ультразвуковое исследование грудной и брюшной полости
15. Для повреждения плевры и ткани легкого при переломе ребер характерны все следующие симптомы, кроме
- а) пневмоторакса
 - б) подкожной эмфиземы
 - в) резкой за грудиной боли
 - г) кровохарканья
16. Какие общие клинические признаки характеризуют повреждения паренхиматозных органов брюшной полости?
- а. Первичный обморок
 - б. Головокружение
 - в. Рвота съеденной пищей в момент травмы
 - г. Повторяющаяся рвота желчью
 - д. Рвота кровью
 - е. Бледность кожных покровов
 - ж. Тахикардия
 - з. Укорочение перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
 - и. Исчезновение печеночной тупости
 - к. Снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина в крови
 - л. Доскообразное напряжение мышц брюшной стенки
 - м. Положительные симптомы раздражения брюшины

17. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики повреждений паренхиматозных органов брюшной полости?
- а. Рентгенография брюшной полости в положении лежа
 - б. Рентгенография брюшной полости в вертикальном положении
 - в. Рентгеноскопия грудной клетки
 - г. Исследование красной крови
 - д. Исследование белой крови
 - е. УЗИ
 - ж. Компьютерная томография
 - з. Лапароцентез, лапароскопия
 - и. Общий анализ мочи
 - к. Электрокардиография
18. Какими из перечисленных особенностей характеризуется разрыв поджелудочной железы?
- а. Болями по всему животу
 - б. Опоясывающими болями
 - в. Однократной рвотой
 - г. Многократной рвотой
 - д. Резким напряжением мышц живота
 - е. Отсутствием напряжения мышц живота
 - ж. Повышением активности диастазы в моче
 - з. Резким падением эритроцитов и гемоглобина в крови
19. В чем заключаются особенности повреждения паренхиматозных органов брюшной полости при родовой травме?
- а. Преимущественным повреждением селезенки
 - б. Преимущественным повреждением печени
 - в. Преимущественным повреждением поджелудочной железы
 - г. Клиникой двухмоментного разрыва
 - д. Возможностью разрыва надпочечников
 - е. Частым сочетанием с повреждением почек
 - ж. Частым сочетанием с переломом нижних ребер
20. Какова тактика лечения при точно установленном разрыве капсулы и паренхимы печени и селезенки?
- а. Срочная операция без предоперационной подготовки
 - б. Предоперационная подготовка в течение 3-4 часов – для компенсации кровопотери
 - в. Выжидательная тактика в надежде на самостоятельную остановку кровотечения
21. Какой оперативный прием применяется чаще всего при разрыве селезенки?
- а. Удаление органа
 - б. Резекция органа

- в. Ушивание разрыва
22. Какой оперативный прием применяется чаще всего при разрыве печени?
- а. Удаление органа
 - б. Резекция органа
 - в. Ушивание разрыва
23. Какой основной клинический синдром характеризует закрытые повреждения полых органов?
- а. Синдром перитонита
 - б. Дизурический синдром
 - в. Печеночно-почечная недостаточность
 - г. Сердечно-сосудистая недостаточность
 - д. Синдром внутреннего кровотечения
24. Какие общие клинические признаки характеризуют повреждения полых органов брюшной полости?
- а. Первичный обморок
 - б. Головокружение
 - в. Рвота съеденной пищей в момент травмы
 - г. Повторяющаяся рвота желчью
 - д. Рвота кровью
 - е. Бледность кожных покровов
 - ж. Тахикардия
 - з. Укорочение перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
 - и. Исчезновение печеночной тупости
 - к. Снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина в крови
 - л. Доскообразное напряжение мышц брюшной стенки
 - м. Положительные симптомы раздражения брюшины
25. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики повреждений полых органов брюшной полости?
- а. Рентгенография брюшной полости в положении лежа
 - б. Рентгенография брюшной полости в вертикальном положении
 - в. Рентгеноскопия грудной клетки
 - г. Исследование красной крови
 - д. Исследование белой крови
 - е. УЗИ
 - ж. Компьютерная томография
 - з. Лапароцентез, лапароскопия
 - и. Общий анализ мочи
 - к. Электрокардиография

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.	<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.

<ul style="list-style-type: none"> • Патогенез врожденной косолапости. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп. • 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 диагностика врожденного вывиха бедра. • Дифференциальная диагностика врожденной мышечной кривошеи. • Дифференциальная диагностика 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным и 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е

его родителями.

- 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 головодержателей.
- Бинтование стоп по Финку-

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

Эттингену. <ul style="list-style-type: none"> • 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

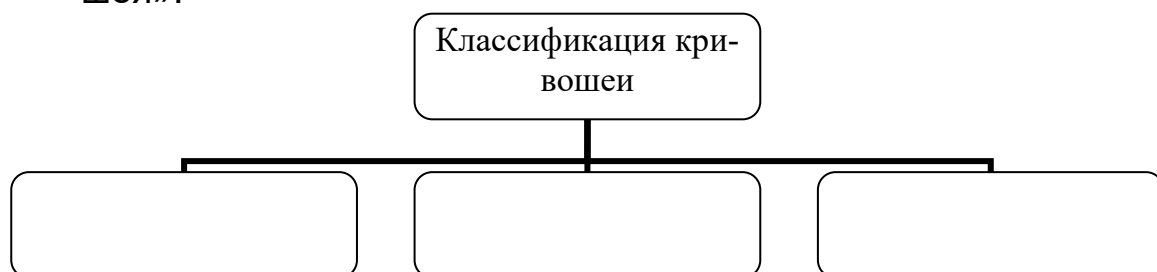
8. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика заболеваний тазобедренного сустава».

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) ТUTOR.
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

Тема 9: «Деформации позвоночника»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия позвоночника.
2. Кровоснабжение позвоночника.
3. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата позвоночника.
4. Причины, приводящие к аномалиям развития позвоночника у детей и меры их профилактики.
5. Особенности клиники и диагностики ортопедических заболеваний у детей.
6. Налаживание контакта с ребенком.
7. Уход за детьми с деформациями позвоночника.
8. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Частота аномалий развития и заболеваний позвоночника у детей • Преобладание того или иного вида патологии в зависимости от возраста. <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского позвоночника, этапы развития изгибов позвоночника. • Нормальную и топографическую анатомию позвоночника. <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология врожденных деформаций 	<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-

<p>позвоночника.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология приобретенных деформаций позвоночника. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез появления деформаций позвоночника и механизм возникновения осложнений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация деформаций позвоночника. • Клиническая картина деформации позвоночника в сагиттальной плоскости. • Клиническая картина деформации позвоночника во фронтальной плоскости. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при патологии позвоночника. • Методы определения степени нарушения осанки. • Методика рентгенографического исследования. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы консервативной терапии. • Показания к оперативному лечению заболеваний позвоночника. • Основные принципы оперативного лечения. • Виды операций 	<p>Егиазаров Г.М.-М., 1983.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</p>
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформаций, нарушения осанки, походки. • Пальпация: определение местной 	<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.

<p>температуры; очага боли.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приемы проведения осевой нагрузки. • Определение патогномичных симптомов. • Антропометрия: определение наличия относительного и абсолютного укорочения нижней конечности. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, КТ и ЯМРТ. • Определение степени деформации методом Кобба и Фергюсона. • Определение стабильности деформации (индекса стабильности). • Интерпретация результатов обследования функции внешнего дыхания. • Интерпретация результатов обследования сердечно-сосудистой системы. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наложение вытяжения за подмышечные ляжки. • Надевание на больного различных ортопедических приспособлений: реклинаторов, корсетов, корректоров осанки. 	<p>Тихомировой.- М., 2001 г.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
--	---

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. Перечислите основные принципы оперативного лечения деформаций позвоночника:
5. Перечислите все методы дополнительного обследования при идиопатическом сколиозе III – VI степени:
6. Распределите перечисленные ниже симптомы на 2 группы - на характерные и не характерные для сколиоза позвоночника у детей.

Деформация грудной клетки; асимметрия стояния надплечий; появление умеренных болей на ограниченном участке спины; вынужденное положение головы; равномерное искривление нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника кзади; рёберный горб; в положении лёжа можно просунуть кисть под поясницей ребёнка; асимметрия треугольников талии; килевидная деформация грудной клетки; видимое расширение тазового пояса; мышечный валик вдоль спины; искривление линии остистых отростков; «осиная» талия.

7. Восстановите логические соотношения:

Врожденный сколиоз → _____

Диспластический сколиоз → _____

Приобретенный сколиоз → _____

Идиопатический сколиоз → _____

(пострахитическое нарушение осанки; быстрое прогрессирование деформации; высокий индекс стабильности; сакрализация пятого поясничного позвонка; б. Шойермана – May, spina bifida; добавочные клиновидные полупозвонки; низкий индекс стабильности.)

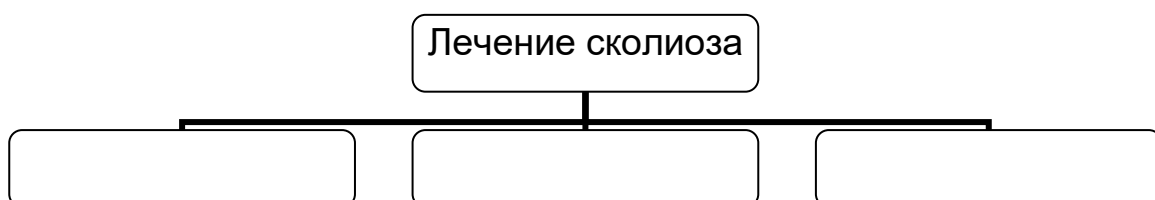
8. Заполните таблицу «Классификация сколиоза»:

По этиологии	По протяженности и стороне	По локализации	По степени тяжести

9. Составьте ситуационную задачу по теме.

10. Составьте 2 тестовых задания по теме.

11. Составьте графологическую схему по теме: «Лечение сколиоза у детей таза».



12. Решите тестовые задания

1. Какая деформация позвоночника характерна для сколиоза?
 - а) лордоз
 - б) кифоз
 - в) торсия позвонков
 - г) боковое искривление
 - д) круглая спина
2. Назовите характерные признаки сколиоза, отличающие его от нарушения осанки?
 - а) боковое искривление позвоночника
 - б) плоская спина
 - в) сутулость
 - г) круглая спина
 - д) торсия позвонков
 - е) реберный горб
 - ё) асимметрия треугольников талии
 - ж) укорочение нижней конечности
3. Назовите целесообразные способы консервативного лечения сколиоза?
 - а) растяжение позвоночника
 - б) общий тонизирующий массаж мышц спины
 - в) тонизирующий массаж по вогнутой стороне дуги искривления позвоночника, расслабляющий – по выпуклой
 - г) тонизирующий массаж по выпуклой стороне дуги искривления позвоночника, расслабляющий по вогнутой стороне дуги
 - д) укрепление брюшного пресса
 - е) расслабление брюшного пресса
 - ж) лечение в съёмных корсетах с использованием массажа и физиотерапии
4. Сколиоз чаще всего бывает
 - а. врожденным или наследственным
 - б. следствием травмы
 - в. следствием учебы за низкой партой
 - г. следствием рахита
5. Для сколиоза позвоночника у детей характерны:
 - а. деформация грудной клетки;
 - б. асимметрия стояния надплечий;
 - в. появление умеренных болей на ограниченном участке спины;
 - г. вынужденное положение головы;
 - д. равномерное искривление нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника кзади;
 - е. реберный горб;
 - ж. в положении лёжа можно просунуть кисть под поясницей ребёнка;
 - з. асимметрия треугольников талии.

6. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
- А) торсия позвонков;
 - Б) слабость мышечного корсета;
 - В) асимметрия уровня расположения лопаток;
 - Г) разница треугольников талии;
 - Д) круглая спина.