

№ 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 6 курса (11 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. Пороки развития лёгких и грудной клетки. Диафрагмальные грыжи.
2. Бронхоэктатическая болезнь. Атрезия пищевода.
3. Желудочно-пищеводный рефлюкс. Ожоги и рубцовые сужения пищевода, перфорация пищевода.
4. Портальная гипертензия.
5. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (портальная гипертензия, язвенная болезнь, меккелев дивертикул, полипы, трещины, неспецифический язвенный колит, синдром Меллори-Вейса и др.)
6. Грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Аномалии желточного протока.
7. Хронические запоры (алиментарные, функциональные, органические). Болезнь Гиршпрунга. Аноректальные пороки развития.
8. Особенности и семиотика онкологии детского возраста. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей.
9. Доброкачественные и злокачественные опухоли костей. Герминогенные опухоли.
10. Нефробластома. Нейробластома.

Тема 1: «Пороки развития легких и грудной клетки. Диафрагмальные грыжи»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ol style="list-style-type: none">1) Патологическую анатомию аномалий грудной клетки2) Патологическую анатомию аномалий легких3) Клинические проявления этих заболеваний4) Дифференциальную диагностику аномалий легких5) Осложнения, наблюдающиеся при аномалиях легких6) Дополнительные методы обследования при аномалиях грудной клетки и легких, их интерпретация7) Сроки и методы лечения при аномалиях грудной клетки и легких	<ul style="list-style-type: none">• Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2.• Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973• Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none">• Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания, интерпретировать полученные данные• Провести дифференциальный диагноз аномалий развития и приобретенных заболеваний легких• Сформулировать предварительный диагноз• Составить план дополнительного обследования больного• Оценить объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализы крови, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое, радиоизотопное исследование, КТ)• Сформулировать клинический диагноз• Обосновать план лечения – консервативного и оперативного	<ul style="list-style-type: none">○ Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2.○ Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973○ Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988

3. Вопросы и задания

- 1) Перечислите наиболее характерные клинические признаки воронкообразной деформации грудной клетки
- 2) Классификация воронкообразной деформации грудной клетки по степени и форме
- 3) Перечислите анатомические признаки синдрома Поланда
- 4) Перечислите и охарактеризуйте все виды пороков развития грудных желез
- 5) Перечислите причины стенозов трахеи и бронхов
- 6) Перечислите причины дыхательной недостаточности при врожденной долевым эмфиземе

4. Ответьте на тестовые задания

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

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

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

- 1) бронхоэктазия
- 2) агенезия легкого
- 3) кистозная гипоплазия

- 4) гипоплазия легкого
- 5) аплазия легкого

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

«Диафрагмальные грыжи»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Нормальная анатомия диафрагмы.
 2. Нормальная физиология диафрагмы.
 3. Топографическая анатомия и операции на диафрагме.
 4. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями грудной и брюшной полостей.
2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Эмбриогенез грудной и брюшной полостей. • Анатомо-физиологические особенности диафрагмы у детей. • Характер морфологических изменений при ложных грыжах. • Характер морфологических изменений при истинных грыжах . <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация диафрагмальных грыж. • Клиническая картина диафрагмальных грыж. • Особенности клинической картины истинных и ложных грыж. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Рентгенологическая диагностика диафрагмальных грыж. • Другие специальные методы исследования. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к оперативному лечению. • Предоперационная подготовка. • Принципы оперативного вмешательства. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том I. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. • Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. • Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. • Оценка общего состояния. • Выявление симптомов диафрагмальной грыжи. • Интерпретация рентгенологических данных. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка больного к операции. • Ассистирование на операции. • Участие в послеоперационном лечении. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. • Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. • Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.

3. Работа на дежурстве.

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

4. Дайте определение релаксации диафрагмы. Назовите причины её возникновения

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

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

7. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика диафрагмальных грыж»

Заболевание	начало	t тела	характер те- чения	живот	рентген. кар- тина	другие симп- томы
Опухоль						
Пневмония						
Пневмоторакс						

8. Ситуационная задача

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3100 г, закричал сразу. Через 5 мин после рождения развился приступ асфиксии, переведён на ИВЛ.

При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками — коробочный звук. Сердечные тоны глухие, с частотой до 180 в минуту, выслушиваются максимально громко по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень пальпируется под краем рёберной дуги. Меконий отошёл.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

9. Тестовые задания.

А. Врождённая диафрагмальная грыжа проявляется симптомами:

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

Б. Релаксация купола диафрагмы у новорождённых возникает при осложнении:

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

- В. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:
- а. френоперикардальная;
 - б. передние;
 - в. пищеводного отверстия;
 - г. задние ложные;
 - д. истинные.
- Г. У детей старшего возраста чаще всего встречаются :
- а. передние грыжи диафрагмы;
 - б. истинные левосторонние грыжи;
 - в. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
 - г. задние ложные грыжи;
 - д. френоперикардальные грыжи.
- Д. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:
- а. жесткая эзофагоскопия;
 - б. рентгенконтрастное обследование пищевода и желудка;
 - в. фиброэзофагоскопия;
 - г. обзорная рентгеноскопия;
 - д. компьютерная томография.

10. Составьте ситуационную задачу.

11. Составьте 2 тестовых задания.

Тема 2: «Бронхоэктатическая болезнь. Атрезия пищевода.»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
1. Что понимают под термином «Бронхоэктазия»
 2. Перечислите причины, ведущие к развитию бронхоэктазии
 3. Перечислите основные звенья патогенеза бронхоэктазии
 4. Классификация бронхоэктазии
 5. Клинические проявления бронхоэктазии
 6. Инструментальные и рентгенологические методы исследования применяемые при бронхоэктазии

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Клинику бронхоэктазий • Клинику заболеваний, с которыми приходится дифференцировать бронхоэктазии • Объем дополнительных методов исследования (спирография, бронхография, рентгенография легких) и их интерпретация • Основы техники бронхоскопии и бронхографии • Основы построения диагноза бронхоэктазии и его обоснование • Показания к оперативному лечению • Наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2. • Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973 • Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988 •
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания, интерпретировать полученные данные • Оценить общее состояние • Провести перкуссию и аускультацию легких • Провести дифференциальный диагноз бронхоэктазии по ведущему синдрому (кашель с гнойной мокротой) • Сформулировать предварительный диагноз • Составить план обследования больного и правильно интерпретировать результаты лабораторных и специальных исследований • Сформулировать клинический диагноз при бронхоэктазии • Обосновать показания к оперативному лечению бронхоэктазии • Составить план предоперационной подготовки • Назначение послеоперационного лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. • Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.

3. Задания для самостоятельной работы:

1. Причины, ведущие к развитию бронхоэктазии
2. Классификация бронхоэктазии
3. Наиболее характерные анамнестические данные при бронхоэктазии
4. Что можно обнаружить при аускультации легких при бронхоэктазии
5. Что можно обнаружить при бронхоскопии у ребенка с бронхоэктазиями
6. На что нужно обращать внимание при рассмотрении бронхограммы

4. Тестовые задания

На бронхограммах имеются выраженные цилиндрические бронхоэктазы нижней и средней доли справа. Остальные бронхи не поражены. Выберите правильный метод лечения:

- а) Оперативное лечение показано
- б) Оперативное лечение не показано
- в) Оперативное лечение временно не показано
- г) Оперативное лечение противопоказано
- д) Показано консервативное лечение

На бронхограммах имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Выберите правильный метод лечения:

- а) Оперативное лечение показано
- б) Оперативное лечение не показано
- в) Оперативное лечение временно не показано
- г) Оперативное лечение противопоказано
- д) Показано консервативное лечение

5. Составьте задание к ситуационной задаче и дайте ответы:

Мальчик 7 лет в течение последних 2 лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки справа в проекции нижней доли виден участок затемнения, прилегающий к средостению

6. Составьте задачу по ателектатическим бронхоэктазам нижней доли левого легкого

«Атрезия пищевода»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

<p>Студент должен знать</p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость атрезии пищевода. • Причины возникновения аспирационной пневмонии. • Характер нарушения гомеостаза. • Формы атрезии пищевода. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина бессвищевой формы атрезии пищевода. • Клиническая картина свищевой формы атрезии пищевода. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Инструментальные методы исследования. • Контрастное рентгенологическое исследование. • Показания к эзофагоскопии. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Срочность оперативного вмешательства. • Предоперационная подготовка. • Операционный доступ. • Техника формирования анастомоза. 	<ul style="list-style-type: none"> • Литература • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. • Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. • Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001. • Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Выявление симптомов дыхательной недостаточности. • Выполнение пробы Элефанта. • Интерпретация аускультативных данных. • Интерпретация данных эзофагографии. • Интерпретация данных эзофагоскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Аспирация содержимого из носоглотки. • Ассистирование на операции. • Назначение послеоперационного лечения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Детская хирургия. В 3-х томах. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. • Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001. • Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с атрезией пищевода.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 5) Участие в проведении консервативных мероприятий.

- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Написание истории болезни больного.
4. Сформулируйте показания и противопоказания к наложению прямого анастомоза пищевода при его атрезии.
5. Назовите наиболее частую форму атрезии пищевода.
6. Охарактеризуйте различия рентгенологической картины при бессвищевой форме атрезии и атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищём.
7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с атрезией пищевода:
Акушером –

Врачом реанимации –

Оперирующим хирургом –
8. Чем осуществляется пластика пищевода при значительном диастазе между его концами?

9. Тестовые задания

1. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
 - а. врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ;
 - б. атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
 - в. атрезия пищевода без свища;
 - г. атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;
 - д. атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом.
2. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:
 - а. эзофагоскопия;
 - б. трахеобронхоскопия;
 - в. проба с метиленовой синью;
 - г. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - д. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.
3. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:
 - а. на правом боку;
 - б. с возвышенным тазовым концом;
 - в. вертикальное;
 - г. горизонтальное;
 - д. положение значения не имеет.
4. Атрезия пищевода со свищом проявляется:
 - а. одышкой;
 - б. пенистыми выделениями изо рта;
 - в. срыгиваниями створоженным молоком;
 - г. вздутием живота;
 - д. отсутствием стула;
 - е. смещением средостения.
5. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:
 - а. атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
 - б. атрезии пищевода (бессвищевая форма);
 - в. халазии кардии;
 - г. врожденным коротким пищеводом;
 - д. грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
6. При подозрении на трахео-пищеводный свищ у новорожденного наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
 - а. эзофагоскопия;

- б. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - в. трахеоскопия;
 - г. оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - д. трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.
7. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:
- а. уровень атрезии;
 - б. форму атрезии;
 - в. степень воспалительных изменений в легких;
 - г. ширину трахео-пищеводного свища;
 - д. выявить сопутствующую атрезию кишечника
10. Составьте ситуационную задачу.

11. Составьте 2 тестовых задания.

Тема 3: «Желудочно-пищеводный рефлюкс. Ожоги и рубцовые сужения пищевода, перфорация пищевода.»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная и патологическая анатомия пищевода и желудка.
2. Нормальная и патологическая физиология пищевода и желудка.
3. Гистологическое строение стенки пищевода и желудка.
4. Вскармливание детей до 1 года.
5. Оперативные вмешательства на пищеводе и желудке.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость желудочно-пищеводного рефлюкса. • Распределение по возрасту и полу. <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности пищевода и желудка у детей. • Физиология акта глотания. • Антирефлюксный механизм. <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах. • Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. • Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А.

3.

С
а
м
о
с
т
о
я
т
е
л
ь
н
а
я
р
а
б
о
т
а
с
б
о
л
ь
н
ы
м

- Анатомические причины: врожденный короткий пищевод, грыжа пищеводного отверстия и др.
- Патогенез
- Характер морфологических изменений в слизистой пищевода.
- Характер нарушений гомеостаза.
- Поражение бронхов и лёгких.
- Клиника
- Характер рвоты.
- Причины болей и изжоги.
- Диспепсические расстройства.
- Проявления респираторного синдрома.
- Особенности клиники у детей раннего возраста.
- Признаки рефлюкс-эзофагита.
- Пищевод Барретта.
- Диагностика
- Данные физикального обследования.
- Рентгенологическое исследование
- Эндоскопическое исследование.
- Суточное pH-мониторирование.
- Манометрия.
- Радиоизотопная сцинтиграфия.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение
- Немедикаментозные методы.
- Медикаментозные методы.
- Хирургическое лечение: операция Ниссена.

- С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.
- Сергеев В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В двух томах. М.: ГЕОТАР. 2005.
- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988.
- Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона. Всемирная организация здравоохранения, 2001г. Обновленное переиздание, 2003 г.

Студент должен уметь

Сбор анамнез

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

Объективное обследование

- Оценка общего состояния
- Выявление диспепсических симптомов.
- Выявление респираторных симптомов.
- .

Интерпретация результатов исследований

- Оценка данных рентгенологического исследования.
- Оценка данных эндоскопического исследования.

1) Определение состояния аппендикса на картинке или при лапароскопии.

Участие в лечении

- Назначение предоперационной подготовки.
- Ассистирование на операции аппендэктомии.
- Ушивание раны брюшной стенки.
- Назначение послеоперационного лечения

- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.
- Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983.
- Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986.
- Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.
- Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.
- Сергеев В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В двух томах. М.: ГЕОТАР. 2005.
- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988.
- Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона. Всемирная организация здравоохранения, 2001г. Обновленное переиздание, 2003 г.

б

ольного.

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

4. Охарактеризуйте морфологические изменения в пищеводе при рефлюкс-эзофагите:

5. Чем отличается рвота от срыгивания и регургитации?

6. В каком возрасте гастро-эзофагеальный рефлюкс считается физиологическим явлением?

7. К какому возрасту обычно устанавливается эффективный антирефлюксный барьер?

8. Какие существуют внепищеводные проявления ГЭР?

9. Что такое «пищевод Барретта» и чем он опасен?

10. При рентгенологическом исследовании «провоцирующими» рефлюкс приёмами являются:

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

12. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с гастроэзофагеальным рефлюксом:

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

13. Что включает в себя постуральная терапия желудочно-пищеводного рефлюкса?

14. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз желудочно-пищеводного рефлюкса»

Заболевание	Начало	Характер рвоты	Лабораторные данные	Рентгенологические данные	Эндоскопические данные	Другие симптомы	Данные других исследований
Дуоденальная непроходимость							
Пилоростеноз							
Пилороспазм							
Родовая церебральная травма							
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки							
Гастрит							
Ахалазия пищевода							

15. Составьте ситуационную задачу по желудочно-пищеводному рефлюксу у детей.

16. Составьте 2 тестовых задания по желудочно-пищеводному рефлюксу у детей.

«Ожоги пищевода»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия пищевода.
2. Нормальная физиология пищевода.
3. Топографическая анатомия пищевода.
4. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов грудной полости.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности пищевода у детей. • Характер морфологических изменений в пищеводе при ожоге кислотами. • Характер морфологических изменений в пищеводе при ожоге щелочами. • Характер морфологических изменений в пищеводе при ожоге другими химическими веществами, кипятком. • Характер нарушения гомеостаза. • Классификация ожогов пищевода по степени тяжести. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина в раннем послеожоговом периоде. • Клиническая картина в отсроченном послеожоговом периоде. • Клиническая картина рубцового сужения пищевода. • Клиническая картина перфорации пищевода. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к проведению эзофагогастроскопии в остром периоде. • Показания к проведению эзофагогастроскопии в отдалённом периоде. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Первая помощь при ожоге пищевода. • Показания к профилактическому бужированию. • Показания к бужированию за нить. • Показания к пластике пищевода кишечным трансплантатом. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. 3. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. 4. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 5. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 6. Химические ожоги пищевода у детей. А.П. Биезинь. Москва. "Медицина" 1966 г. 7. Лечение химических ожогов и рубцовых сужений пищевода у детей. Терновский С.Д. и др. М., 1963. 8. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. • Оценка общего состояния. • Выявление симптомов ожога пищевода. • Интерпретация данных эзофагогастроскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Промывание желудка через зонд. • Приготовление специального раствора для орошения пищевода в остром послеожоговом периоде. • Бужирование пищевода. • Ассистирование во время операции формирования гастростомы. 	

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с ожогом пищевода.
- 2) Сбор анамнеза.
- 3) Объективный осмотр.

- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
 - 5) Участие в проведении лечебных мероприятий.
 - 6) Написание истории болезни больного.
4. Какие вещества вызывают наиболее глубокие ожоги пищевода?
 5. Первая помощь при ожогах пищевода?
 6. Какие особенности строения и структуры имеет буж?
 7. Схема бужирования пищевода при ожоге III степени.
 8. В каких случаях при ожоге пищевода развивается его стеноз?
 9. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с ожогом пищевода:
 - Родителями –
 - Врачом скорой помощи –
 - Хирургом хирургического отделения –

10. Заполните таблицу «Степени тяжести ожога пищевода»

Степень ожога	Эндоскопическая картина					
	гиперемия слизистой	отёк слизистой	фибринозные наложения	эпителизация к 3 недели	язвенные поверхности	грануляции
I степень						
II степень						
III степень						

11. Ситуационные задачи.

Задача № 1

Ребенок находился в деревне, где 8 дней назад выпил нашатырный спирт. Сразу же ребенку дали выпить 0.5 л молока. В настоящее время жалоб нет. Ваша тактика?

Задача № 2

Ребенок 5 дней назад выпил уксусную эссенцию. В первые дни наблюдались боли за грудиной, повышение температуры, слюнотечение. К пятому дню состояние улучшилось, свободно глотает жидкую пищу. При эзофагоскопии в среднем отделе пищевода имеются циркулярные наложения фибрина.

- а) Когда необходимо начать бужирование?
- б) Сколько времени проводить бужирование?

Задача № 3

Ребенок 4 недели назад был в деревне у родственников и случайно выпил уксусную эссенцию. В течение I суток не мог кушать, так как отмечал сильные боли при глотании. На второй день боли уменьшились и мальчик смог свободно глотать. Два дня назад заметил затруднение при еде вареного мяса. Явления дисфагии держатся.

- а) Диагноз?
- б) Дополнительные методы обследования?
- в) План лечения?

12. Лечебные мероприятия при перфорации пищевода и развитии медиастинита.

13. Составьте ситуационную задачу.

14. Составьте 2 тестовых задания.

Тема 4: «Портальная гипертензия»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Нормальная анатомия и физиология печени.
 2. Кровоснабжение печени.
 3. Техника пальпации и перкуссии печени и селезёнки.
 4. Клиническая картина цирроза печени.
 5. Диагностика и лечение желудочно-кишечного кровотечения.
 6. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Определение целей занятия

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

<p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности печени и её сосудов. • Венозные коллатерали, связывающие портальную и кавальную системы. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Причины, вызывающие портальную гипертензию у детей. • Предрасполагающие факторы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Характер морфологических изменений в печени. • Характер морфологических изменений в селезёнке. • Характер нарушения гомеостаза. • Патогенез повреждающего воздействия на головной мозг. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Формы портальной гипертензии у детей. • Клиническая картина надпечёночной формы. • Клиническая картина внутripечёночной формы. • Клиническая картина внепечёночной формы. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к УЗ-исследованию брюшной полости и доплерографии висцеральных вен. • Показания к проведению эзофагогастроскопии. • Показания к спленопортографии. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Консервативное лечение кровотечения из вен пищевода. • Виды сосудистых анастомозов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. • Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Желудочно-кишечные кровотечения у детей. Запруднов А.М., Григорьев А.И., Дронов А.Ф.– Москва. - 1998. • Абдоминальная хирургия у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. – М.: Медицина. - 1988. – 415 с. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. • Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление расширенных вен передней брюшной стенки. • Выявление расширенных геморроидальных вен. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результата общего анализа крови. • Оценка результата биохимического анализа крови . • Интерпретация данных УЗ-исследования брюшной полости и доплерографии висцеральных вен. • Интерпретация данных эзофагогастроскопии. • Техника спленопортографии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установка зонда Блекмора в пищевод. • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. • Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. • Желудочно-кишечные кровотечения у детей. Запруднов А.М., Григорьев А.И., Дронов А.Ф.– Москва. - 1998. • Абдоминальная хирургия у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. – М.: Медицина. - 1988. – 415 с.

3. Работа на дежурстве.

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

4. Назовите причины портальной гипертензии при:

- надпечёночной форме: _____

- внутripечёночной форме: _____

- внепечёночной форме: _____

5. Механизм возникновения гиперспленизма при портальной гипертензии.
6. Напишите примерные изменения в биохимическом анализе крови при портальной гипертензии у детей –
7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с портальной гипертензией:
- Родителями –
 - Педиатром поликлиники –
 - Врачом скорой помощи –
 - Хирургом приёмного отделения –
 - Хирургом хирургического отделения –
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз портальной гипертензии»

Заболевание	анамнез	спленомегалия	рвота кровью	стул	состояние печени	изменения в биохим. ан. крови	другие симптомы
Язвенная болезнь желудка и ДПК							
Гемолитическая анемия							
Хронический гепатит							

9. При оперативном лечении между какими сосудами предпочтительнее создавать анастомоз и почему?

10. Составьте ситуационную задачу.

11. Составьте 2 тестовых задания.

Тема 5: «Желудочно-кишечные кровотечения у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Перечисление заболеваний, которые могут дать кровотечение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).
2. Перечислите общие симптомы кровотечения независимо от места кровотечения.
3. Перечислите изменения, которые происходят в организме при кровотечении.
4. Методы обследования детей с ЖКК.
5. Дополнительные методы обследования детей с ЖКК.

2. Определение целей занятия

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Классификацию кровотечений в зависимости от уровня кровотечения.2. Перечень заболеваний вызывающих кровотечения со всех трех уровней ЖКТ.3. Заболевания, которые могут дать кровотечение из любых отделов ЖКТ.4. Клинику ЖКК.5. Диагностику и дифференциальную диагностику ЖКК.6. Дополнительные методы обследования при ЖКК.7. Первую помощь при ЖКК.8. Методы лечения ЖКК: консервативные и оперативные. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Определить степень тяжести кровопотери.2. Провести дифференциальную диагностику уровня кровотечения.3. Учитывая анамнез и клинические данные выявить заболевание вызвавшее ЖКТ.4. Составить план оказания неотложной помощи и провести лечение.5. Составить программу обследования ребенка с ЖКК.6. Оценить объём и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализы крови, УЗИ, эндоскопические, рентгенологические).7. Формулировать клинический диагноз.8. Обосновать показания к оперативному лечению.	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Л.К. Красовская. Абдоминальная хирургия у детей. М.1998г.2. Хирургические болезни под ред. М.И. Кузина Медицина М. 2006.3. А.И. Запруднов, К.Н. Григорьев, Н.Ф. Дронов . Желудочно-кишечные кровотечения у детей Медицина М. 1998.4. Хирургические болезни детского возраста. т.т.1,2 под ред. Ю.Ф. Исакова Москва изд. дом «ГОЭТАР-Мед» 2004.5. И.Андреев, И.Воптаров, Х.Михов, А. Ангелов. Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней. Мед и Физк София 1981.
---	--

3. Задания для самостоятельной работы

1. Укажите основные симптомы ЖКК.
2. Каковы основные симптомы кровотечения из верхних отделов ЖКТ?
3. Каковы основные симптомы кровотечения из тонкого кишечника?
4. Симптомы кровотечения из толстой кишки?
5. В зависимости от уровня кровотечения, какие основные методы исследования необходимо проводить?
6. Составьте план лечения и обследования при кровотечении из верхних отделов ЖКТ.
7. Решите тестовые задания:
 - А) У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дёгтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий и безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:
 - а) гастродуоденит
 - б) кровотечение из расширенных вен пищевода
 - в) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки

- г) Меккелев дивертикулит
 - д) неспецифический язвенный колит
- Б) У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения, мелена. Начать обследование целесообразно:
- а) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки
 - б) гастродуоденоскопии
 - в) лапароскопии
 - г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки
 - д) колоноскопии.

8. Составьте тестовое задание по выше приведенному образцу.

9. Приведите основные дифференциально- диагностические признаки язвенного кровотечения и кровотечения при внепеченочной форме портальной гипертензии.

10. Составьте вопросы к клинической задаче и дайте правильный ответ:

Мальчик 13 лет доставлен в приемное отделение. Вчера у ребенка была однократная рвота, напоминающая кофейную гущу. Сегодня был дегтеобразный стул.

Из анамнеза: у ребенка в течение последних 1,5 лет наблюдались боли в эпигастральной области, отрыжка, временами рвота пищей, после которой наступало облегчение. При осмотре—живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезнен в верхней половине. При контрольном рентгеновском обследовании выявляется стойкая деформация двенадцатиперстной кишки.

Тема 6: «Грыжа пупочного канатика. Гастрошизис.»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия брюшной полости.
2. Строение брюшной стенки.
3. Анатомо-физиологические особенности живота новорожденных.
4. Правила проведения объективного обследования новорожденных.
5. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Распространённость грыж пупочного канатика и гастрошизиса. • Эмбриология брюшной полости. • Характер нарушений эмбриогенеза. • Виды пуповинных грыж. • Морфологическая характеристика грыжи пупочного канатика и гастрошизиса. • Характер нарушений гомеостаза. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация грыж пупочного канатика. • Классификация гастрошизиса. • Особенности клиники и диагностики грыжи пупочного канатика и гастрошизиса. • Данные лабораторных и специальных методов исследования. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к консервативному лечению грыжи пупочного канатика. • Методики консервативного лечения грыжи пупочного канатика. • Методики оперативного лечения грыжи пупочного канатика и гастрошизиса. • Послеоперационное ведение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Острый аппендицит у детей. А.И. Ленюшкин, Л.А. Ворохобов, С.Р.Слуцкая - М. 1984. 3. Очерки гнойной хирургии у детей. М.Л. Дмитриев, А.Г. Пугачев, А. Л.Куц - М. 1983. 4. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 5. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 6. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. 7. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений по течению беременности и родов. • Получение необходимых сведений по послеродовой тактике. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Осмотр эвентрированного содержимого. • Оценка степени воспалительных изменений. • Выявление сопутствующих аномалий кишечника. • Определение вида грыжи пупочного канатика. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции пластики брюшной стенки. • Послеоперационное ведение больного. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. 2. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. 3. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 4. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 5. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 6. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.

3. Работа на дежурстве.

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

4. Охарактеризуйте два основных вида эмбриональных грыж.

5. Какова классификация грыж в зависимости от размера дефекта передней брюшной стенки:

6. Какова тактика в случаях больших грыж, когда содержимое её превышает объём брюшной полости:

7. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с грыжей пупочного канатика, гастрошизисом:
 Врачом-гинекологом, осуществляющим дородовой патронаж –
 Акушером-гинекологом, принимающим роды –
 Хирургом хирургического отделения –
8. Проведите дифференциальный диагноз между гастрошизисом и грыжей пупочного канатика.
9. Составьте ситуационную задачу по грыже пупочного канатика у детей.
10. Составьте 2 тестовых задания.

Тема 7: «Хронические запоры (алиментарные, функциональные, органические). Болезнь Гиршпрунга. Аноректальные пороки развития.»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
1. Анатомия толстой кишки.
 2. Анатомия тазового дна.
 3. Кровоснабжение толстой кишки.
 4. Топография толстой кишки.
 5. Функция толстой кишки.
 6. Налаживание контакта с ребенком.
 7. Сбор анамнеза.
 8. Осмотр брюшной полости.
 9. Проведение ректального исследования.
2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
Эпидемиология <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность хронических запоров у детей • Какими запорами чаще страдают дети Анатомия и физиология <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологическое строение толстой кишки • Анатомия тазового дна • Функция толстой кишки 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. • Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Меди-

<ul style="list-style-type: none"> • Функция прямой кишки. Акт дефекации <u>Этиология</u> • Предрасполагающие факторы • Органические причины хронических запоров <u>Патогенез</u> • Патогенез развития функциональных запоров • Патогенез развития алиментарных запоров • Патогенез развития органических запоров (Б-нь Гиршпрунга) <u>Клиника</u> • Классификация хронических запоров • Классификация анатомических изменений толстой кишки • Клиника хронических функциональных запоров • Клиника болезни Гиршпрунга • Информативность пальцевого ректального исследования при хронических запорах. <u>Диагностика</u> • Данные физикального обследования при хронических функциональных запорах • Данные физикального обследования при болезни Гиршпрунга • Рентгенологическое обследование • Дефекография • Биопсия стенки прямой кишки • Специальные методы обследования для определения функционального состояния мышц тазового дна <u>Лечение</u> • Виды клизм • Техника проведения сифонной клизмы • Показания к хирургическому лечению • Виды хирургических вмешательств при болезни Гиршпрунга • Колостомия – показания, виды, техника наложения колостомы 	<p>цина, 1998.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997 • Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007. • Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988. • Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. • Хирургическая колопроктология детского возраста. Ленюшкин А.И. М., 1990. • Педиатрическая колопроктология. Ленюшкин А.И. С-Пб., 2008.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Налаживание контакта с больным 2. Сбор ритма дефекаций 3. Получение сведений при сборе анамнеза 4. Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания 5. Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Пальпация брюшной полости • Пальцевое ректальное исследование <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов пальцевого ректального обследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при проведении колостомии • Ассистенция при проведении брышно-промежностной проктопластики • Ассистенция при закрытии колостомы • Участие при проведении биопсии стенки прямой кишки • Проведение пальцевого ректального исследования 	

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с хроническими запорами
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Участие в назначении лечения
6. Предоперационная подготовка при операциях на толстой кишке
7. Ассистенция на операции
8. Послеоперационные назначения
9. Написание врачебной истории болезни

4. Рентгенологическая картина при долихосигме, мегаколон, мегадолихосигме.

5. Опишите рентгенологическую картину болезни Гиршпрунга.

6. Напишите данные ректального исследования при хроническом запоре и болезни Гиршпрунга.

7. Ошибки в лечении каломазания:

-родителей

-педиатров

-врачей неврологов

7. Заполните таблицу: «Дифдиагностика болезни Гиршпрунга и хронического запора»

	Нарушение акта дефекации	Наличие самостоятельной дефекации	Данные ирригограмм	Интоксикация	Данные пальцевого ректального исследования	Данные биопсии	Лечебная тактика
Хронические запоры							
Болезнь Гиршпрунга							

8. Составление ситуационной задачи.

9. Составление 2 тестовых заданий.

«Аноректальные пороки развития»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Анатомия толстой кишки.
 2. Анатомия тазового дна.
 3. Кровоснабжение толстой кишки.
 4. Топография толстой кишки.
 5. Функция толстой кишки.
 6. Взаимоотношение органов малого таза
 7. Налаживание контакта с ребенком.
 8. Сбор анамнеза.
 9. Осмотр брюшной полости.
 10. Проведение ректального исследования.
2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность аноректальных пороков • Провоцирующие факторы <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологическое строение толстой кишки • Анатомия тазового дна • Взаимоотношение органов малого таза • Функция толстой кишки • Функция прямой кишки. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эмбриология прямой кишки <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация аноректальных пороков развития • Клиника различных вариантов аноректальных пороков <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные объективного осмотра промежности • Данные зондирования при свищевых формах пороков • Рентгенологическое обследование • Определение анального рефлекса • Специальные методы обследования для определения функционального состояния мышц тазового дна <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Бужирование промежностных свищей • Показания к экстренному хирургическому лечению • Показания к срочному хирургическому лечению • Показания к плановому оперативному лечению • Колостомия – показания, виды, техника наложения колостомы • Показания к промежностной проктопластике • Показания к брюшно-промежностной проктопластике 	<p>Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.</p> <p>- Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.</p> <p>-Хирургическая колопроктология детского возраста. Ленюшкин А.И. М., 1990.</p> <p>- Педиатрическая колопроктология. Ленюшкин А.И. С-Пб., 2008.</p>
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение сведений при сборе пренатального анамнеза • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Пальпация брюшной полости • Бужирование свища • Определение анального рефлекса • Проведение рентгенологического исследования <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов осмотра промежности • Оценка результатов бужирования свища <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при проведении колостомии • Ассистенция при проведении брюшно-промежностной проктопластики • Ассистенция при закрытии колостомы <p>Бужирование неоануса в послеоперационном периоде</p>	

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с аноректальным пороком
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Участие в определении тактики лечения
6. Предоперационная подготовка
7. Ассистенция на операции
8. Послеоперационные назначения
9. Написание врачебной истории болезни

4. Рентгенологическая картина при высокой, низкой атрезии толстой кишки.

5. Рентгенологическая картина при свищах мочевую систему

6. Дополнительное обследование при свищах в мочевую систему

7. Ошибки в определении характера порока:

- педиатров
- врачей хирургов

8. Заполните таблицу: «Диффдиагностика высокой и низкой врожденной кишечной непроходимости»

	Наличие стула	Вздутие живота	Рвота, характер	Интоксикация	Отхождение мекония	Рентген	Лечебная тактика
Низкая непроходимость							
Высокая непроходимость							

9. Составление ситуационной задачи.

10. Составление 2 тестовых заданий.

Тема 8: «Особенности и семиотика онкологии детского возраста. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Что такое опухоль?
2. Какие бывают опухоли?
3. Распространенность опухолей среди детского населения
4. Структура злокачественных опухолей
5. Наиболее часто встречающиеся опухоли
6. Смертность от злокачественных опухолей
7. Этиология опухолей детского возраста
8. Роль наследственных факторов
9. Роль среды в возникновении опухолей
10. Возрастная структура отдельных видов опухолей
11. Этапы диагностики опухолей
12. Основные методы диагностики опухолей (физикальный, рентгенологический, радионуклидный, и др.)
13. Роль биопсии в диагностике опухолей
14. Виды биопсии
15. Зависимость лечения от морфологической структуры опухоли
16. Определение распространенности опухолевого процесса
17. Способы лечения опухолей у детей (лекарственный, лучевой, хирургический, комплексный)
18. Оценка эффективности лечения

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Какие опухоли относятся к доброкачественным и злокачественным • Характерные особенности доброкачественных опухолей • Характерные особенности злокачественных опухолей • Этиология опухолей • Распространенность опухолей в различных возрастных группах • Патогенез опухолей, предрасполагающие факторы • Отличительные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей • Возможность злокачественного перерождения доброкачественных опухолей • Современные диагностические возможности при опухолях (осмотр, пальпация, ангиография, лимфография, биопсия, цитологическое исследование, термография, КТ) • Современные методы лечения опухолей у детей • Лечебную тактику в зависимости от характера опухоли • Сроки диспансерного наблюдения • Прогноз 	<ul style="list-style-type: none"> • Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. • Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 • Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Мединформагентство, М. 2004 • Лечение опухолей у детей, Дурнов Л.А., М., 1973
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания (в т.ч. семейного) • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние • Провести осмотр и пальпацию опухоли <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить местный статус • Оценить результаты клиничко-лабораторных и специальных методов обследования • Дифференцировать доброкачественную опухоль от злокачественной • Правильно сформулировать диагноз <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план лечения при различных опухолях • Написать историю болезни 	<ul style="list-style-type: none"> • Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 • Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.

<ul style="list-style-type: none"> • Ассистировать при проведении операций • Ушивать рану и завязывать узлы • Составить программу послеоперационного лечения 	
---	--

3. Работа на дежурстве:

- 1) Прием больного с опухолью
- 2) Сбор анамнеза жизни и заболевания
- 3) Осмотр и физикальное обследование больного
- 4) Обследование локального статуса, в т.ч. рентгенологическое
- 5) Интерпретация полученных данных
- 6) Составить план необходимой посиндромной терапии и принять участие в его осуществлении.
- 7) Определение показаний к оперативному лечению
- 8) Участие в предоперационной подготовке
- 9) Ассистенция на операции
- 10) Ведение послеоперационного периода
- 11) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания

- 1) Опишите особенности клинического течения доброкачественных и злокачественных опухолей

- 2) Опишите возможные изменения в общем анализе крови ребенка при злокачественной опухоли

- 3) Что является критерием правильно назначенного лечения при опухолях

- 4) Основные способы лечения опухолей у детей

- 5) Решите ситуационную задачу № 1:
 Мать пожаловалась педиатру, что при купании 4-месячного ребенка заметила выбухание правой половины живота. Девочка пониженного питания, бледная, при пальпации живота в правой половине определяется плотное образование, при перкуссии дает тупой звук. Участковый педиатр предположил нефробластому справа.
 Сформулируйте план обследования и лечения ребенка

Решите ситуационную задачу № 2:

У девочки 9 лет на профосмотре в школе обнаружено пигментное образование на левом бедре размерами 3 x 4 см с ровными контурами, темно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи, плотное, безболезненное. Девочка отмечает, что в последнее время опухоль увеличилась в размерах, стала более темной и плотной.
 Сформулируйте диагноз, составьте план обследования и лечения.

6) Решите тестовые задания:

1. Хирургическому удалению подлежат:
 - а) Нейробластома
 - б) Лимфогранулематоз
 - в) Лимфосаркома
 - г) Гепатобластома
2. Для детского возраста характерны:
 - а) Рак желудка
 - б) Лейкоз
 - в) Рак поджелудочной железы
 - г) Саркома Юинга
 - д) Нейробластома
 - е) Тератобластома
3. Врожденные аномалии предрасполагающие к злокачественному перерождению:
 - а) Эктопия яичка
 - б) Гипоплазия яичка
 - в) Крипторхизм
 - г) Гидроцеле
 - д) Варикоцеле
4. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют:
 - а) рентгенографию;
 - б) УЗИ;
 - в) комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография);
 - г) морфологическое исследование ткани опухоли.
5. Врожденными опухолями являются:
 - а) лимфогранулематоз;
 - б) рабдомиосаркома;
 - в) тератобластома;
 - г) нейробластома;
 - д) остеогенная бластома;
 - ж) все перечисленные.
6. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:
 - а. мезенхимальное;
 - б. эпителиальное.
7. Для детского возраста типичны солидные опухоли:
 - а. эпителиальные раки;
 - б. саркомы.
8. Противоопухолевое лечение назначают без морфологической верификации диагноза при:
 - а. остеогенной саркоме;
 - б. саркоме Юинга;
 - в. нефробластоме.
8. Какие из перечисленных злокачественных новообразований характерны для детского возраста?
 - а. Гемобластомы
 - б. Рак
 - в. Малигнизированные доброкачественные опухоли
 - г. Опухоли головного мозга
 - д. Эмбриональные опухоли
9. Какие из перечисленных признаков злокачественных опухолей у детей можно отнести к ранним?
 - а. Паранеопластический синдром
 - б. Наличие гематогенных метастазов
 - в. Наличие лимфогенных метастазов
 - г. Гепато-лиенальный синдром
 - д. Болевой синдром

«Доброкачественные опухоли мягких тканей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Что относится к мягким тканям?
2. Чем разнообразны опухоли мягких тканей?
3. Деление опухолей мягких тканей на 3 группы по клиническому течению и морфологической картине
4. Какие опухоли мягких тканей относятся к доброкачественным?
5. Характерные особенности условно злокачественных опухолей мягких тканей
6. Этиопатология доброкачественных опухолей мягких тканей у детей
7. Патогенез доброкачественных опухолей мягких тканей у детей
8. Отличительные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей
9. Возможность злокачественного перерождения доброкачественных опухолей мягких тканей
10. Диагностические приемы при обследовании больного (осмотр, пальпация, ангиография, лимфография, биопсия, цитологическое исследование, термография, КТ)
11. Лечебная тактика при доброкачественных опухолях мягких тканей

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Какие опухоли относятся к доброкачественным и условно злокачественным • Характерные особенности доброкачественных опухолей • Характерные особенности условно злокачественных опухолей мягких тканей • Этиология доброкачественных опухолей мягких тканей • Распространенность доброкачественных опухолей мягких тканей в различных возрастных группах • Патогенез доброкачественных опухолей мягких тканей • Отличительные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей • Возможность злокачественного перерождения доброкачественных опухолей мягких тканей • Современные диагностические возможности при опухолях мягких тканей (осмотр, пальпация, ангиография, лимфография, биопсия, цитологическое исследование, термография, КТ) • Современные методы лечения опухолей мягких тканей у детей • Лечебную тактику в зависимости от характера опухоли • Сроки диспансерного наблюдения • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Минформагентство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания (в т.ч. семейного) • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние • Провести осмотр и пальпацию опухоли <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить местный статус • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования • Правильно сформулировать диагноз <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план лечения при различных доброкачественных опухолях 	

мягких тканей • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций • Проводить лечебные процедуры после операции	
---	--

3. Работа на дежурстве:

- 1) Прием больного с доброкачественной опухолью мягких тканей
- 2) Сбор анамнеза жизни и заболевания
- 3) Осмотр и физикальное обследование больного
- 4) Составление программы обследования больного
- 5) Присутствие при эхографическом, рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больного, участие в проведении диагностических манипуляций
- 6) Интерпретация полученных данных
- 7) Составление программы лечения больного
- 8) Определение показаний к оперативному лечению
- 9) Участие в предоперационной подготовке
- 10) Ассистенция на операции
- 11) Ведение послеоперационного периода
- 12) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания

1) Заполните таблицу «Доброкачественные опухоли мягких тканей»

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Местный статус</i>	<i>Диагностика</i>	<i>Лечение</i>
Гемангиома			
Лимфангиома			
Пигментное пятно (невус)			
Фиброма			
Дермоидная киста			
Тератома			

2) Решите ситуационную задачу № 1:

У новорожденной девочки на волосистой части головы обнаружено опухолевидное образование красного цвета 1 x 0,7 см, возвышающееся над поверхностью кожи на 0,1 см. При надавливании на опухоль ребенок не проявляет беспокойства, образование бледнеет, а при отнятии пальца принимает прежний вид. Ваш диагноз и тактика лечения?

3) Решите ситуационную задачу № 2:

У новорожденной девочки между копчиком и задним проходом обнаружено объемное опухолевидное образование 12 x 15 см. При пальпации опухоль неоднородной консистенции, выявлены кистозные образования, чередующиеся с участками уплотнения. Кожа над опухолью истончена, без признаков воспаления. Меконий отошел, мочится регулярно. Сформулируйте диагноз, составьте план обследования и лечения. Подлежит ли девочка диспансерному наблюдению в послеоперационном периоде?

4) Ответьте на тестовые задания:

1. Особо интенсивный рост гемангиомы наблюдается в возрасте ребенка:

- а) 1 – 6 мес
- б) после 1 года
- в) в 7 – 10 лет
- г) у взрослых

2. Лимфангиомы чаще встречаются в области:

- а) головы
- б) конечностей
- в) подмышечной впадины
- г) подчелюстной области
- д) спины
- е) живота
- ж) средостения

3. Оптимальный возраст ребенка для оперативного лечения крестцово-копчиковой тератомы

- а) после 1 года
- б) после 3 лет
- в) до 3 мес
- г) до 1 мес
- д) с 3 до 6 мес

4. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:

- а. после года;
- б. после 3 лет;
- в. до 3 мес;
- г. до 1 мес;
- д. с 3 до 6 мес.

5. Методы выбора при лечения гемангиом:

- а. полихимиотерапия;
- б. короткофокусная рентгенотерапия;
- в. криогенное воздействие;
- г. хирургическое удаление;
- д. склерозирующее;
- е. гормональное;
- ж. эндоваскулярная хирургия.

6. Первые признаки гемангиом проявляются в виде:

- а. небольшого красного пятна;
- б. пигментного образования;
- в. обширной опухоли.

7. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы:

- а. первое полугодие жизни;
- б. после года;
- в. в 7—10 лет;
- г. у взрослых.

8. Чаще лимфангиомы локализируются в области:

- а. головы;
- б. конечностей;
- в. подмышечной впадины;
- г. подчелюстной;
- д. спины;
- е. живота;
- ж. средостения.

9. Лимфангиомы лечатся:

- а. консервативно;
- б. гормонами;
- в. хирургически;

- г. эндоваскулярно;
 - д. склерозированием;
 - е. короткофокусной рентгенотерапией.
10. Дермоиды чаще встречаются в области:
- а. грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
 - б. крестцово-копчиковой;
 - в. височной, надбровной.
11. Дермоидные кисты лечатся:
- а. пункцией;
 - б. радикальным удалением;
 - в. криогенным воздействием;
 - г. гормональными препаратами;
 - д. склерозированием.
12. Крестцово-копчиковую тератому необходимо дифференцировать с:
- а. спинномозговой грыжей;
 - б. лимфангиомой;
 - в. дермоидной кистой.
13. Ребёнок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования:
- а. УЗИ образования;
 - б. УЗИ почек и мочевого пузыря;
 - в. пробы Абелева—Татаринова;
 - г. пневмоирригографии.
14. Лимфангиомы лечатся:
- а. консервативно;
 - б. гормонами;
 - в. хирургически;
 - г. эндоваскулярно;
 - д. склерозированием;
 - е. короткофокусной рентгенотерапией.
15. К какому опасному для жизни осложнению могут привести большие кистозные и кавернозные лимфангиомы шеи?
- а) кровотечение
 - б) малигнизация
 - в) рожистое воспаление
 - г) сдавление трахеи с дыхательными расстройствами
 - д) нарушение кровоснабжения головного мозга
16. С какими заболеваниями приходится дифференцировать кистозную лимфангиому?
- а) сосудистый невус
 - б) артерио-венозные шунты
 - в) липома
 - г) боковая киста шеи
 - д) киста подчелюстной слюной железы
 - е) ангиофиброма
17. Назовите наиболее распространенные методы лечения лимфангиом:
- а) рентгенотерапия
 - б) пункция опухоли
 - в) химиотерапия
 - г) хирургическое лечение
 - д) склерозирующая терапия

«Злокачественные опухоли мягких тканей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
- 1. Что относится к мягким тканям?
 - 2. Какие злокачественные опухоли мягких тканей встречаются в детском возрасте?

3. Перечислите, из каких мягких тканей какие злокачественные опухоли образуются
4. Классификация сарком мягких тканей по системе TNM
5. Обязательные диагностические исследования
6. Дополнительные диагностические исследования
7. Лечебная тактика при злокачественных опухолях мягких тканей

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность злокачественных опухолей мягких тканей • Провоцирующие факторы • В каком возрасте чаще обнаруживаются злокачественные опухоли мягких тканей • Наиболее частую локализацию рабдомиосаркомы, фибросаркомы, нейрофибросаркомы, синовиальной саркомы, фиброзной гистiocитомы, гемангиоперицитомы, альвеолярной саркомы, лейомиосаркомы, меланомы, десмоида • Пути метастазирования при различных опухолях • Особенности диагностики злокачественных опухолей мягких тканей • Клинические проявления • Возможности лабораторных и специальных методов обследования • Дифференциальную диагностику злокачественных опухолей мягких тканей • Принципы лечения злокачественных опухолей мягких тканей – консервативного, хирургического, комбинированного • Показания к хирургическому лечению • Сроки диспансерного наблюдения • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Медицинформагентство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние • Провести осмотр и пальпацию опухоли, регионарных лимфоузлов <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить результаты осмотра • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить оптимальную лечебную тактику при различных злокачественных опухолях мягких тканей в зависимости от стадии заболевания • Сформулировать показания к хирургическому лечению • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.

3. Вопросы и задания

1) Проведите морфологическую характеристику:

Рабдомиосаркомы _____

Фибросаркомы _____

Нейрофибросаркомы _____

Синовиальной саркомы _____

Меланомы _____

Десмоида _____

2) Заполнить таблицу «Злокачественные опухоли мягких тканей»

<i>Источник опухолевого роста</i>	<i>Нозологическая форма</i>
Поперечно-полосатая мышечная ткань	
Гладкомышечная ткань	
Синовиальные оболочки	
Кровеносные сосуды	
Лимфатические сосуды	
Жировая ткань	
Нейроэктодерма	
Оболочки периферических нервов	
Примитивная соединительная ткань	

3) Составьте ситуационную задачу по теме.

4) Составление 2 тестовых задания по теме.

5) Решите тестовые задания

1. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:
а. мезенхимальное;
б. эпителиальное.
2. Для детского возраста типичны солидные опухоли:
а. эпителиальные раки;
б. саркомы.
3. При подозрении на меланому нужно провести:
а. аспирационную биопсию;
б. инцизионную биопсию;
в. удаление в пределах здоровых тканей.

4. Крестцово-копчиковую тератому необходимо дифференцировать с:
 - а. спинномозговой грыжей;
 - б. лимфангиомой;
 - в. дермоидной кистой.
5. Ребёнок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования:
 - а. УЗИ образования;
 - б. УЗИ почек и мочевого пузыря;
 - в. пробы Абелева—Татарина;
 - г. пневмоирригографии.
6. Тератобластома представляет собой...
 - а) злокачественную опухоль вилочковой железы
 - б) злокачественную герминогенную опухоль из зародышевых листков
 - в) злокачественную опухоль, развивающуюся из элементов поперечнополосатой мышечной ткани
 - г) злокачественную опухоль из клеток ретикулоцитарной ткани
7. Наиболее распространенная злокачественная опухоль у детей:
 - а) нейробластома
 - б) рак кожи
 - в) рабдомиосаркома
 - г) ретикулосаркома
8. При подозрении на меланому нужно провести:
 - а. аспирационную биопсию;
 - б. инцизионную биопсию;
 - в. удаление в пределах здоровых тканей.

Тема 13. «Доброкачественные и злокачественные опухоли костей. Герминогенные опухоли»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомо-физиологические особенности различных отделов трубчатых и плоских костей у детей
2. Нормальная рентгеноархитектоника костей у детей
3. Определение опухоли
4. Распространенность костных опухолей среди детского населения
5. Наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли костей
6. Этиология опухолей костей у детей
7. Отличительные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей
8. Возможность перерождения доброкачественной опухоли в злокачественную
9. Патогенез доброкачественной костной опухоли
10. Основные методы диагностики опухолей (физикальный, рентгенологический, радионуклидный, и др.)
11. Роль биопсии в диагностике опухоли
12. Зависимость лечения от морфологической структуры костной опухоли
13. Методы лечения детей с доброкачественными опухолями костей
14. Прогноз

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности различных отделов костей • Нормальное рентгенологическое отображение костей у детей различного возраста • Распространенность доброкачественных костных опухолей у детей различных возрастных групп • Разновидности доброкачественных опухолей костей у детей (остеома, остеоид-остеома, фиброзный дефект кортикального слоя, доброкачествен- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995

<p>ная хондробластома)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология и патогенез доброкачественных опухолей костей у детей • Клинические проявления доброкачественных опухолей костей у детей • Методы диагностики костных опухолей • Лечебная тактика при доброкачественных опухолях костей • Прогноз 	<p>3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Мединформагентство, М. 2004</p>
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания (в т.ч. семейного) • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние • Провести осмотр и пальпацию опухоли <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить местный статус • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования • Правильно сформулировать диагноз <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план лечения при различных доброкачественных опухолях костей • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций • Ушивать рану и завязывать узлы • Составить программу послеоперационного лечения 	<p>4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996</p> <p>5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Попухин. 1977.</p>

3. Работа на дежурстве:

- 1) Прием больного с доброкачественной костной опухолью
- 2) Сбор анамнеза жизни и заболевания
- 3) Осмотр и физикальное обследование больного
- 4) Составление программы обследования больного
- 5) Обследование локального статуса, в т.ч. рентгенологическое
- 6) Интерпретация полученных данных
- 7) Составление программы лечения больного
- 8) Определение показаний к оперативному лечению
- 9) Участие в предоперационной подготовке
- 10) Ассистенция на операции
- 11) Ведение послеоперационного периода
- 12) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания

- 1) Заполните таблицу «Рентгенологическая картина при доброкачественных опухолях костей»

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Рентгенологическая картина</i>
остеома	
остеоид-остеома	
фиброзный дефект кортикального слоя	
доброкачественная хондробластома	

2) Провести дифференциальную диагностику между вышеуказанными заболеваниями и злокачественными опухолями костей

3) Решите ситуационную задачу № 1:

Девочка 7 лет поскользнулась на улице и упала на ягодицы. Обратилась в травм-пункт с жалобами на боль в правой ягодичной области. При осмотре отмечена деформация правого бедра, отек в средней трети и укорочение правого бедра. При пальпации отмечается крепитация и патологическая подвижность. На рентгенограмме выявлен перелом верхнего метафиза правой бедренной кости со смещением отломков по длине и ширине и деструкция костной ткани в области перелома.

Сформулируйте диагноз, составьте план лечения ребенка

4) Решите ситуационную задачу № 2:

Мальчик 10 лет жалуется на боли в области левого плечевого сустава, не проходящие в покое и усиливающиеся по ночам, изнуряющая боль не позволяет двигать рукой. Болеет в течение месяца, травму отрицает. Внешне значительных изменений не выявлено, заметна атрофия мышц конечности. На рентгенограммах в проксимальном эпифизе левой плечевой кости выявлен очаг просветления диаметром 1 см, овальной формы с перифокальной зоной склероза кости.

Сформулируйте диагноз, составьте план дополнительного обследования и лечения.

5) Ответьте на тестовые задания:

1. К доброкачественным опухолям костей относятся:

- 1) саркома Юинга
- 2) остеид-остеома
- 3) остеогенная саркома
- 4) остеома
- 5) фиброзный дефект кортикального слоя

2. Решающий метод диагностики остеид-остеомы

- а) рентгенография
- б) пальпация
- в) пункционная биопсия
- г) общий анализ крови
- д) открытая биопсия и морфологическое исследование

3. Единственный метод лечения детей с хондробластомой

- а) лучевая терапия
- б) хирургическое удаление в пределах здоровых тканей
- в) химиотерапия

- г) комбинированное лечение
4. Диагноз костной кисты устанавливается:
- при патологическом переломе;
 - при ночных болях;
 - как случайная рентгенологическая находка;
 - при клиническом осмотре;
 - по клиническому анализу крови.
5. Диагноз остеоид-остеомы устанавливается:
- при патологическом переломе;
 - при ночных болях;
 - на основании рентгенологического обследования;
 - при клиническом осмотре;
 - по клиническому анализу крови;
 - по КТ.
6. Для рентгенологической картины костной кисты характерны:
- расширение поперечника кости в зоне поражения;
 - сужение поперечника кости;
 - истончение кортикального слоя кости;
 - расширение кортикального слоя кости;
 - наличие зоны просветления с ядром;
 - сужение костномозгового канала.
7. Для рентгенологической картины остеоид-остеомы характерны:
- расширение поперечника кости в зоне поражения;
 - сужение поперечника кости;
 - истончение кортикального слоя кости;
 - расширение кортикального слоя кости;
 - наличие зоны просветления с ядром;
 - сужение костномозгового канала.

«Злокачественные опухоли костей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Этиологию злокачественных опухолей костей детского возраста • Распространенность злокачественных костных опухолей у детей различных возрастных групп • Разновидности злокачественных опухолей костей у детей • Этиология и патогенез злокачественных опухолей костей у детей • Клинические проявления злокачественных опухолей костей у детей • Характерные особенности злокачественных опухолей костей • Методы диагностики костных опухолей • Лечебная тактика при злокачественных опухолях костей • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Мединформагентство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Попухин. 1977.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания (в т.ч. семейного) • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние • Провести осмотр и пальпацию опухоли <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить местный статус • Оценить результаты клиничко-лабораторных и специальных методов обследования • Правильно сформулировать диагноз <p><u>Участие в лечении</u></p>	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Составить план лечения при различных злокачественных опухолях костей • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций (обратить внимание на абластику и радикальность) • Ушивать рану и завязывать узлы • Составить программу послеоперационного лечения | |
|--|--|

1. Понятие об опухолях
2. Распространенность злокачественных опухолей у детей
3. Наиболее часто встречающиеся опухоли костей
4. Структура злокачественных опухолей
5. Этиология злокачественных опухолей костей у детей
6. Роль наследственных факторов и среды в возникновении злокачественных опухолей
7. Этапы диагностики злокачественных опухолей
8. Основные методы диагностики опухолей (физикальный, рентгенологический, радионуклидный, и др.)
9. Виды биопсии
10. Влияние морфологической характеристики опухоли на лечебную тактику
11. Определение степени распространенности опухолевого процесса
12. Методы лечения злокачественных опухолей у детей (хирургический, лучевой, лекарственный), комплексное применение этих методов
13. Оценка эффективности лечения
14. Прогноз

3. Работа на дежурстве:

- 1) Прием больного со злокачественной опухолью костей
- 2) Сбор анамнеза жизни и заболевания
- 3) Осмотр и физикальное обследование больного
- 4) Составление программы обследования больного
- 5) Участие в рентгенологическом исследовании и биопсии опухоли
- 6) Интерпретация полученных данных
- 7) Составление программы лечения больного
- 8) Определение показаний к оперативному лечению
- 9) Участие в предоперационной подготовке
- 10) Ассистенция на операции
- 11) Ведение послеоперационного периода
- 12) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания

- 1) Охарактеризуйте рентгенограммы при остеогенной саркоме и саркоме Юинга
- 2) Охарактеризуйте микроструктуру остеогенной саркомы и саркомы Юинга
- 3) Возможные очаги метастазирования в другие органы и ткани при а) лимфогенном метастазировании, б) при гематогенном метастазировании
- 4) Напишите примерные изменения в общем анализе крови при злокачественных опухолях костей
- 5) Решите ситуационную задачу № 1:
В хирургическое отделение обратился мальчик 9 лет с жалобами на нарастающие боли в области правого коленного сустава, хромоту. Боли особенно усиливаются по ночам,

давность заболевания около 1 мес. При обследовании в дистальном отделе бедра выявлено опухолевидное образование плотной консистенции, умеренно болезненное, неподвижное. На уровне опухоли правое бедро толще левого на 2,5 см. Пульс на a.radialis 82 в минуту, ритмичный, температура тела нормальная. В анализе крови Hb 94 г/л, лейкоциты $6,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 52 мм/ч. Сформулируйте диагноз, составьте план обследования и лечения.

6) Решите ситуационную задачу № 2:

В педиатрический стационар доставлен мальчик 6 лет с жалобами на похудание, общую слабость, боли в конечностях. При обследовании выявлена бледность кожи и видимых слизистых, болезненность при пальпации обоих бедер, ограничение активных и пассивных движений в коленных и тазобедренных суставах. На рентгенограмме обоих бедер отмечены деструктивные изменения дистальных метафизов с образованием козырьков Кодмана. Ваш предположительный диагноз и какие исследования необходимы для установления окончательного диагноза?

7) Ответьте на тестовые задания:

1. При остеогенной саркоме прогноз неблагоприятный, если поражены:
 - а. кости таза, позвонки;
 - б. длинная трубчатая кость;
 - в. метастазами лёгкие;
 - г. метастазами лимфатические узлы;
 - д. метастазами другие кости
2. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга:
 - а. литическая деструкция;
 - б. бластическая деструкция;
 - в. смешанная деструкция;
 - г. однослойный периостальный козырёк;
 - д. симптом «луковичной кожуры»;
 - е. наличие мягкотканного компонента.
3. Показана ли радикальная операция при саркоме Юинга после хорошего клинико-рентгенологического эффекта от химиотерапии?
 - а. Да.
 - б. Нет.
4. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме:
 - а. литическая деструкция;
 - б. бластическая деструкция;
 - в. смешанная деструкция;
 - г. однослойный периостальный козырёк;
 - д. симптом «луковичной кожуры»;
 - е. наличие мягкотканного компонента.
5. Противоопухолевое лечение назначают без морфологической верификации диагноза при:
 - а. остеогенной саркоме;
 - б. саркоме Юинга;
 - в. нефробластоме.
6. Показана ли радикальная операция при саркоме Юинга после хорошего клинико-рентгенологического эффекта от химиотерапии?
 - а. Да.
 - б. Нет.

7. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме:
 - а. литическая деструкция;
 - б. бластическая деструкция;
 - в. смешанная деструкция;
 - г. однослойный периостальный козырёк;
 - д. симптом «луковичной кожуры»;
 - е. наличие мягкотканного компонента.
8. Можно ли ограничиться радикальной операцией при остеогенной саркоме, если не выявлено отдалённое метастазирование?
 - а. Да.
 - б. Нет.
9. При остеогенной саркоме прогноз неблагоприятный, если поражены:
 - а. кости таза, позвонки;
 - б. длинная трубчатая кость;
 - в. метастазами лёгкие;
 - г. метастазами лимфатические узлы;
 - д. метастазами другие кости.
10. Прогноз лучше при саркоме Юинга при поражении:
 - а. длинной трубчатой кости;
 - б. костей таза.

Герминогенные опухоли

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - 1) Определение герминогенной опухоли
 - 2) Гистогенез и гистологическая классификация
 - 3) Классификация (клиническое стадирование)
 - 4) Какие опухоли образуются из симпатической нервной системы
 - 5) Диагностика герминогенных опухолей
 - 6) Лечебная тактика
 - 7) Прогноз

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Заболеваемость герминогенными опухолями • Возрастной пик заболеваемости • Клиническая картина • Диагностика • Принципы лечения • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Медицинформгенство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние больного • Провести осмотр и пальпацию <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить результаты осмотра • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить оптимальную лечебную тактику • Написать историю болезни 	

3. Вопросы и задания:

1) Заполните таблицу «Обследование больных с подозрением на герминогенную опухоль»

Обязательные исследования	Дополнительные исследования

2) Составьте ситуационную задачу по теме.

3) Составление 2 тестовых задания по теме.

Тестовые задания

1. Какая из перечисленных причин является основной в возникновении герминогенных опухолей?
 - а. Перелом копчика в результате родовой травмы
 - б. Хромосомные aberrации
 - в. Воздействие канцерогенов на мать в первом триместре беременности
 - г. Нарушение миграции примордиальных полипотентных герминогенных клеток (ППГК)
2. Какие из перечисленных локализаций характерны для герминогенной опухоли у детей?
 - а. Нижние конечности
 - б. Верхние конечности
 - в. Лицо
 - г. Крестцово-копчиковая область
 - д. Селезенка
 - е. Кишечник
 - ж. Половые железы
3. Какие из перечисленных клинических проявлений характерны для герминогенных опухолей крестцово-копчиковой области?

- а. Определение опухоли при осмотре
 - б. Гемигипертрофия
 - в. Синдром Горнера
 - г. Нарушение мочеиспускания и дефекации
 - д. Гипертермия
4. Какие из перечисленных дополнительных методов исследования наиболее информативны в диагностике герминогенных опухолей?
- а. Эхоэнцефалография
 - б. Ректальное исследование
 - в. Пальпация живота под наркозом
 - г. Обзорная рентгенография брюшной полости
 - д. Рентгеновская компьютерная томография
5. Какие из перечисленных методов включаются в программу лечения злокачественных герминогенных опухолей?
- а. Антибактериальная терапия
 - б. Физиотерапия
 - в. Полихимиотерапия
 - г. Оперативное удаление опухоли
 - д. Склерозирующая терапия
 - е. Рентгенотерапия
6. К злокачественным герминогенным опухолям относятся:
- а. тератома;
 - б. тератобластома;
 - в. гепатоцеллюлярная карцинома;
 - г. дисгерминома яичника.

Тема 10: «Нефробластома. Нейробластома.»

Нефробластома.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Определение нефробластомы
2. Гистологическое строение и гистологическая классификация
3. Клиническое стадирование нефробластомы
4. Какие опухоли образуются из симпатической нервной системы
5. Диагностика
6. Лечебная тактика при нефробластоме
7. Прогноз

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Заболеваемость нефробластомой • Возраст манифестации заболевания • Клиническая картина • Диагностика • Обязательные диагностические исследования • Дополнительные диагностические исследования • Комплексное лечение • Доступ при хирургическом лечении • Лечение нефробластомы V стадии • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Медицинское образование, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Дет-
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания 	

<ul style="list-style-type: none"> • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние больного • Провести осмотр и пальпацию <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить результаты осмотра • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить оптимальную лечебную тактику в зависимости от стадии заболевания • Сформулировать показания к хирургическому лечению • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций 	<p>ская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996</p> <p>5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.</p>
---	--

3. Вопросы и задания:

- 1) Охарактеризовать гистологическое строение нефробластомы
- 2) Продолжите: Чаще всего опухоль Вильмса выявляется в связи с _____
- 3) Какие изменения выявляются общем анализе крови и мочи при нефробластоме
- 4) Заполните таблицу «Гистологическая классификация опухоли Вильмса»

<i>Тип нефробластомы</i>	<i>Степень нефробластомы</i>	<i>Группа риска</i>
Мезобластическая нефрома		
Фетальная рабдомиоматозная нефробластома		
Кистозная частично дифференцированная нефробластома		
Классический трехфазный вариант		
Нефробластома с фокальной анаплазией,		
Светлоклеточная саркома почки		
Рабдомиоматозная нефробластома		

- 5) Составьте ситуационную задачу по теме.

6) Составление 2 тестовых задания по теме.

«Нейробластома. Опухоли средостения»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Определение нейробластомы
2. Какие опухоли образуются из симпатической нервной системы
3. Какие злокачественные формы нейрогенных опухолей выделяют
4. Как называется доброкачественный вариант нейрогенной опухоли
5. Клиническое стадирование нейрогенной опухоли по системе JNSS
6. Диагностика первичного очага опухоли
7. Лечебная тактика при нейробластоме

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Заболеваемость нейробластомой • Типичный возраст манифестации заболевания • Гистологическая классификация • Клиническая картина • Локализация нейробластомы • Диагностика • Обязательные диагностические исследования • Дополнительные диагностические исследования • Дифференциальная диагностика нейробластомы • Принципы лечения • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 3. Клинические лекции по детской онкологии под ред.. Мединформагентство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и заболевания • Интерпретировать полученные данные <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общее состояние больного • Провести осмотр и пальпацию <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить результаты осмотра • Оценить результаты клинико-лабораторных и специальных методов обследования <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить оптимальную лечебную тактику в зависимости от стадии 	

заболевания и наличия неврологических расстройств	
<ul style="list-style-type: none"> • Сформулировать показания к хирургическому лечению • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций 	

3. Вопросы и задания:

1) Заполнить таблицу «Клинические маски нейробластомы»

<i>Маска</i>	<i>Сходные симптомы</i>
Рахит	
Кишечная инфекция	
Гастроэнтероколит	
Панкреатит	
Вегетососудистая дистония по симпатическому типу	
Бронхиальная астма	
Бронхит	
ОРВИ	
Пневмония	
Менингит	
Церебральный паралич	

2) Составьте ситуационную задачу по теме.

3) Составление 2 тестовых задания по теме.

4) Решите тестовые задания

1. Из нейрогенных опухолей злокачественными являются:
 - а. нейробластома;
 - б. ганглионеврома;
 - в. симпатогониома;
 - г. ганглионейробластома.
2. Затемнение заднего средостения рентгенологически проявляются заболеваниями:
 - а. нейробластома;
 - б. ганглионеврома;
 - в. тимома;
 - г. тератома;
 - д. бронхогенная киста;
 - е. лимфогранулематоз;
 - ж. гиперплазия вилочковой железы.
3. Затемнением переднего средостения рентгенологически проявляются заболевания:
 - а. нейробластома;
 - б. ганглионеврома;
 - в. тимома;
 - г. тератома;
 - д. бронхогенная киста;
 - е. лимфогранулематоз;
 - ж. гиперплазия вилочковой железы.
4. Для нейробластом характерна локализация:
 - а. переднее средостение;
 - б. малый таз;
 - в. забрюшинное пространство;
 - г. заднее средостение.
5. Врождёнными опухолями являются:
 - а. лимфогранулематоз;
 - б. рабдомиосаркома;
 - в. тератобластома;
 - г. нефробластома;
 - д. нейробластома;
 - е. остеогенная бластома;
 - ж. все перечисленные.
6. Источником роста нейрогенных опухолей являются:
 - а. симпатические ганглии;
 - б. белое вещество мозга;
 - в. оболочки периферических нервов;
 - г. мозговое вещество надпочечников.
7. Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по:
 - а. реакции Абелева—Татарина;
 - б. экскреции катехоламинов мочи.
8. Какие опухоли и кисты локализуются в переднем средостении?
 - а. Сосудистые опухоли
 - б. Неурогенные опухоли
 - в. Энтерогенные кисты
 - г. Бронхогенные кисты
 - д. Целомические кисты перикарда
 - е. Тератомы
 - ж. Гиперплазия вилочковой железы
 - з. Дермоидные кисты
9. Какие опухоли и кисты локализуются в заднем средостении?
 - а. Сосудистые опухоли
 - б. Неурогенные опухоли
 - в. Энтерогенные кисты
 - г. Бронхогенные кисты
 - д. Целомические кисты перикарда
 - е. Тератомы

- ж. Гиперплазия вилочковой железы
 - з. Дермоидные кисты
10. Какой местный симптомокомплекс характерен для нейрогенных опухолей средостения?
- а. Кардиальный
 - б. Сосудистый
 - в. Дисфагический
 - г. Респираторный
 - д. Неврологический
11. Какой местный симптомокомплекс характерен для тератоидных опухолей средостения?
- а. Кардиальный
 - б. Сосудистый
 - в. Дисфагический
 - г. Респираторный
 - д. Неврологический
12. Какие из перечисленных методов исследования наиболее информативны в диагностике нейробластомы?
- а. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - б. Определения уровня α -фетопротеина в крови
 - в. Исследование экскреции катехоламинов с мочой
 - г. Сканирование печени
 - д. Пункция опухоли с цитологическим исследованием пунктата
13. При какой из опухолей лучше прогноз?
- а. При нефробластоме
 - б. Нейробластоме
14. Укажите признаки, характерные для нефробластомы:
- а. синдром малых признаков;
 - б. макрогематурия;
 - в. увеличение живота;
 - г. манифестация опухоли в 9—12 лет;
 - д. манифестация опухоли в 0—4 года.
15. Какие опухоли могут быть у ребенка 3 лет:
- а) нейробластома
 - б) тератобластома
 - в) опухоль Вильмса
 - г) рак кожи
16. Укажите основные методы исследования при опухоли почки:
- а) экскреторная урография
 - б) ретроградная пиелограмма
 - в) ангиография
 - г) пункционная биопсия
17. С чем следует дифференцировать опухоль Вильмса?
- а) гидронефротическая трансформация
 - б) опухоль печени
 - в) спленомегалия
 - г) опухоли яичников