

ОРД-ДЕТ.ХИР-19

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 ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия,
утвержденной 31.08.2020 г.

Владикавказ, 2020

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

ТЕМЫ

1. Семиотика и диагностика пороков развития и заболеваний органов грудной и брюшной полостей.
2. Острый аппендицит.
3. Острый гематогенный остеомиелит у детей.
4. Патогенез гнойной хирургической инфекции. Гнойные заболевания мягких тканей у детей (флегмона новорожденных, рожистое воспаление, фурункул, карбункул, лимфаденит, парапроктит, панариций, мастит, омфалит).
5. Нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины. Паховая грыжа. Водянка оболочек яичка, семенного канатика. Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Крипторхизм.
6. Обследование урологических больных.
7. Пороки развития почек.
8. Гипоспадия, эписпадия, экстрофия мочевого пузыря.
9. Крипторхизм, варикоцеле, синдром отёчной мошонки.
10. Гидронефроз, уретерогидронефроз.
11. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Инфравезикальная обструкция.
12. Нейрогенный мочевой пузырь.
13. Травма органов мочевыделительной системы.
14. Воспалительные заболевания органов мочевой системы.
15. Мочекаменная болезнь у детей.
16. Особенности травматических повреждений у детей.
17. Повреждения верхней конечности.
18. Повреждения нижней конечности.
19. Повреждения позвоночника и таза.
20. Черепно-мозговая травма.
21. Ожоги и отморожения.
22. Травматические повреждения органов грудной клетки и брюшной полости.
23. Врождённый вывих бедра. Кривошея, косоплоскость.
24. Деформации позвоночника.

25. Болевой абдоминальный синдром - дифференциальный диагноз при остром животе (острый аппендицит, панкреатит, дивертикулит, холецистит, почечная колика, хроническая кишечная непроходимость и т.д.)
26. Перитонит у детей (аппендикулярный, первичный, новорожденных).
27. Портальная гипертензия.
28. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (портальная гипертензия, язвенная болезнь, меккелев дивертикул, полипы, трещины, неспецифический язвенный колит и др.)
29. Врождённая кишечная непроходимость. Врождённый пилоростеноз.
30. Хронические запоры (алиментарные, функциональные, органические). Болезнь Гиршпрунга.
31. Аноректальные пороки развития.
32. Грыжа пупочного канатика. Гастрошизис.
33. Хронический остеомиелит. Атипичные формы остеомиелита.
34. Патогенез острой гнойной хирургической инфекции. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей.
35. Пороки развития лёгких и грудной клетки.
36. Диафрагмальные грыжи.
37. Бронхоэктатическая болезнь.
38. Острая гнойная деструктивная пневмония.
39. Желудочно-пищеводный рефлюкс.
40. Атрезия пищевода.
41. Ожоги и рубцовые сужения пищевода, перфорация пищевода.
42. Особенности онкологии детского возраста.
43. Доброкачественные опухоли мягких тканей.
44. Доброкачественные опухоли костей.
45. Злокачественные опухоли мягких тканей.
46. Злокачественные опухоли костей.
47. Нейробластома. Герминогенные опухоли. Опухоли печени.
48. Опухоли средостения.
49. Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости.
50. Терминальные состояния.
51. Инфузионная терапия.
52. Посиндромная интенсивная терапия.
53. Шок различной этиологии.

Тема 1: «Семиотика пороков развития и заболеваний органов грудной и брюшной полостей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия органов брюшной полости.
2. Анатомия органов грудной полости.
3. Осмотр больных с патологией органов грудной и брюшной полости.

4. Деление на переднее и заднее средостение.
5. Механика дыхания.
6. Особенности строения грудной клетки в различные возрастные периоды.
7. Методики физикального обследования органов грудной клетки (пальпация, перкуссия, аускультация).
8. Топографо-анатомическое деление брюшной полости (этажи, области).
9. Методики физикального обследования органов брюшной полости (пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эмбриология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эмбриология развития органов грудной клетки • Эмбриология развития органов брюшной полости <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомия органов грудной клетки • Анатомия органов брюшной полости • Физиология дыхания • Механика дыхания <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Развитие различных видов дыхательных расстройств • Патогенез развития различных видов одышки • Высокая и низкая непроходимость • Патогенез развития перитонита <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника дыхательных нарушений • Клиническая картина различных видов одышки • Клиника высокой кишечной непроходимости • Клиника низкой кишечной непроходимости • Клиника перитонита <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные физикального обследования при синдроме внутриплеврального напряжения • Данные физикального обследования при синдроме медиастинального напряжения • Синдром выключения из дыхания легочной паренхимы • Данные физикального обследования при высокой кишечной непроходимости • Данные физикального обследования при низкой кишечной непроходимости • Данные физикального обследования при перитоните • Возможности физикального обследования при объемных образованиях брюшной полости 	<p>-Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>-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>-Хирургические заболевания легких у детей. Рокицкий М.Р. Медицина. 1988.</p> <p>-Пропедевтика внутренних болезней. Мясников А.А. М.,1957.</p> <p>-Педиатрия: Руководство для врачей (пер. с англ.) под ред. Володина Н.Н. М. 1996.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • R-логическое обследование при патологии органов грудной клетки • Возможности бронхоскопии, бронхографии • R-логическое обследование при патологии органов брюшной полости • Возможности современных дополнительных методов обследования (УЗИ, торакоскопия, лапароскопия) 	
<p style="text-align: center;">Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сбор и анализ анамнеза при патологии органов грудной клетки • Сбор и анализ анамнеза при патологии органов брюшной полости • Оценка общего состояния • Пальпация перкуссия аускультация при патологии органов грудной клетки и интерпретация данных • Пальпация перкуссия аускультация при патологии органов брюшной полости и интерпретация данных • Пальцевое ректальное исследование – интерпретация данных • Диагностическая плевральная пункция • Диагностический лапароцентез показания, методика • Присутствие на лапароскопии, бронхоскопии 	

3. Работа на дежурстве.

- 1) Прием больных с экстренной хирургической патологией органов грудной клетки
- 2) Прием больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости
- 3) Осмотр и физикальное обследование больных
- 4) Интерпретация полученных данных
- 5) Участие в предоперационной подготовке
- 6) Ассистенция при проведении плевральной пункции
- 7) Ассистенция на операциях
- 8) Написание врачебной истории болезни

4. Вопросы

1. Охарактеризуйте клинико-анатомические изменения при синдроме внутриплеврального напряжения.
2. Охарактеризуйте клинико-анатомические изменения при синдроме выключения из дыхания легочной паренхимы.
3. Что такое линия Домуазо, Раухфуса? Как определяются? За счет чего возникают данные изменения?
4. Высокая и низкая кишечная непроходимости. Тактика хирурга, чем определяется.
5. Охарактеризуйте коллапс легкого и ателектаз легкого. Тактика врача при этих состояниях.

5. Заполните таблицу «Диагностика и тактика при синдромах внутриплеврального напряжения и выключенной легочной паренхимы».

	Сторона поражения	Смещение средостения	Причины	Тактика врача
Синдром внутриплеврального напряжения				
Синдром выключенной легочной паренхимы				

6. Тестовые задания

1. Для заболеваний, проявляющихся внутригрудным напряжением, характерно:
 - а. патология односторонняя;
 - б. патология двусторонняя;
 - в. смещение средостения в сторону патологии;
 - г. смещение средостения в противоположную сторону;
 - д. отсутствие смещения средостения.
2. Для заболеваний, проявляющихся смещением средостения без напряжения, характерно:
 - а. патология односторонняя;
 - б. патология двусторонняя;
 - в. смещение средостения в сторону патологии;
 - г. смещение средостения в противоположную сторону;
 - д. отсутствие смещения средостения.
3. Симптомами пороков развития и заболеваний органов грудной полости являются:
 - а. макрогематурия;
 - б. рвота;
 - в. дисфагия;
 - г. диспепсия;
 - д. одышка
4. Для диагностики пороков развития и заболеваний органов брюшной полости применяются:
 - а. ангиография;
 - б. бронхография;
 - в. эзофагогастродуоденоскопия;
 - г. колоноскопия;
 - д. лапароскопия;
 - е. пневмомедиастинография
5. Рентгенконтрастным исследованием пищевода называется:
 - а. гастроскопия,
 - б. эзофагография,
 - в. эзофагоскопия,
 - г. гастрография,
 - д. колоноскопия.
6. Для диагностики пороков развития и заболеваний органов грудной полости применяются:
 - а. ангиография;
 - б. бронхография;
 - в. эзофагогастродуоденоскопия;
 - г. колоноскопия;

- д. лапароскопия;
- е. пневмомедиастинография.

7. Составление ситуационной задачи по синдрому внутриплеврального напряжения
8. Составление ситуационной задачи по кишечной непроходимости любой этиологии.
9. Составление 3 тестовых заданий.

Тема 2: «Острый аппендицит»

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

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость аппендицита. • В каком возрасте дети чаще всего болеют аппендицитом. <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности илеоцекальной области и брюшной полости. • Варианты расположения аппендикса. • Функция аппендикса. <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы. • Микрофлора, вызывающая воспаление. 	<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. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов. - М. 1974. 5. Неотложная хирургия детей. Баиров

<p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Характер морфологических изменений в червеобразном отростке. • Характер нарушений гомеостаза. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита у детей. • Клиническая картина у детей старшего возраста. • Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста. • Особенности клиники и диагностики острого аппендицита при атипичных формах расположения. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные физикального обследования при аппендиците. • Данные лабораторных и специальных методов исследования. • Особенности дифференциальной диагностики у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Вид обезболивания. • Оперативный доступ. • Техника аппендэктомии у детей. • Виды аппендэктомии. • Лапароскопическая аппендэктомия. • Послеоперационное ведение. 	<p>Г.А. Л., 1983.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. 7. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 8. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 9. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 10. Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. - М.: Медицина, 1991.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Осмотр больного во сне. • Пальцевое ректальное исследование. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результата общего анализа крови. 	<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. Общая хирургия. 5. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 6. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 7. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.

- 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.

3. Работа на дежурстве.

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

4. Вопросы:

5. Охарактеризуйте морфологические изменения в червеобразном отростке при:

- катаральном аппендиците: _____

- флегмонозном аппендиците: _____

- гангренозном аппендиците: _____

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

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

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

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

5. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз острого аппендицита»

Заболевание	Начало	Боль	Тошнота, рвота	Стул	Температура тела	Изменения в общем анализе крови	Другие симптомы
Острый аппендицит							
Острый мезаденит							
Почечная колика							
Воспаление лёг-							

ких							
Копростаз							
Холецистит							
Панкреатит							
Альгодисменорея							

6. Тестовые задания

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

- в. ввести спазмолитики;
 - г. сделать теплую ванну;
 - д. осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.
8. Острый аппендицит у детей до 3 лет проявляется основными симптомами:
- а. локальная боль в эпигастрии;
 - б. локальная боль в области пупка;
 - в. локальная боль в правой подвздошной области;
 - г. активное напряжение мышц живота;
 - д. пассивная мышечная защита;
 - е. положительный симптом Щёткина—Блюмберга;
9. Для диагностики острого аппендицита у детей до 3 лет используют:
- а. диазепам;
 - б. масочный наркоз;
 - в. осмотр во время естественного сна;
 - г. медикаментозный сон с 3% раствором хлоралгидрата.
10. Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:
- а. недоразвитие сальника;
 - б. снижение пластических функций брюшины;
 - в. преобладание экссудации в воспалительном процессе;
 - г. особенности возбудителя;
 - д. малый объём брюшной полости.
11. Основными тремя симптомами острого аппендицита являются:
- а. рвота;
 - б. понос;
 - в. локальная болезненность в правой подвздошной области;
 - г. болезненность в области пупка;
 - д. пассивная мышечная защита брюшной стенки;
 - е. положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
 - ж. положительный симптом Ортнера;
 - з. положительный симптом Пастернацкого.
12. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- а. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - б. гиперлейкоцитоз;
 - в. лейкопения;
 - г. отсутствие изменений;
 - д. ускоренное СОЭ.
13. Что характерно для острого аппендицита?
- а) температура 39°C в первый день болезни
 - б) кратковременная потеря сознания
 - в) напряжение мышц в правой подвздошной области во время сна
 - г) головная боль
14. Мальчик 6 лет. Второй день боли в животе без четкой локализации, температура 37.8°C, 1 раз рвота, 1 раз кашицеобразный стул. Симптомы напряжения брюшины не отчетливы. Пульс 120 в минуту. В этой ситуации необходимо
- а) продолжить наблюдение и назначить антибиотики на дому
 - б) срочно госпитализировать с подозрением на аппендицит
 - в) госпитализировать в инфекционное отделение с диагнозом "аденовирусная инфекция"
 - г) назначить на завтра анализ крови и консультацию хирурга
15. Что не характерно для острого аппендицита?
- а) "расхождение" частоты пульса и температуры (температура 37.6°C, пульс - 130 в минуту)

- б) головная боль
- в) температура в первые часы болезни невысокая, повышается по мере прогрессирования болезни
- г) напряжение мышц и боль в правой подвздошной области отчетливо выявляется во время сна.

7. Составьте 2 ситуационные задачи по острому аппендициту у детей.

8. Составьте 3 тестовых задания по острому аппендициту у детей.

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



Тема 3: «Острый гематогенный остеомиелит у детей»

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность острого гематогенного остеомиелита (ОГО) • Каким видом остеомиелита болеют дети различного возраста • Анатомо-физиологические особенности строения костной ткани у детей различного возраста • Предрасполагающие факторы • Микрофлора, наиболее часто вызывающая 	<p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p>

<p>воспаление</p> <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез развития острого гематогенного остеомиелита • Характер нарушений гомеостаза <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация острого гематогенного остеомиелита • Клиника ОГО у детей раннего возраста • Клиника ОГО у детей старшего возраста <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные физикального обследования при ОГО у детей старшего возраста • Данные физикального обследования при ОГО у детей раннего возраста • Специальные методы обследования при ОГО, лабораторная картина • Данные физикального обследования при флегмоне новорожденных <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание • Техника пункции суставов • Остеоперфорация • Хирургическая тактика при эпифизарном остеомиелите • Вскрытие абсцессов и флегмон мягких тканей • Послеоперационное лечение • Иммобилизация 	<p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Остеомиелит. Акжигитов Г.Н., М. 1986.</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.</p> <p>-Лечение остеомиелита у детей. Терновой К.С., Киев, 1979.</p>
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Налаживание контакта с больным 8. Получение сведения при сборе пренатального анамнеза 9. Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания 10. Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Пальпация перкуссия при остеомиелите длинных трубчатых костей • Определение флюктуации <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов общего анализа крови <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при проведении остеоперфорации • Ассистенция при пункции суставов у новорожденных 	<p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.</p> <p>-Остеомиелит. Акжигитов Г.Н., М. 1986.</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при операции остеоперфорации • Послеоперационное ведение больного 	-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988. -Лечение остеомиелита у детей. Терновой К.С., Киев, 1979.
--	--

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с ОГО длинных трубчатых костей
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Участие в назначении лечения
6. Ассистенция на операции
7. Послеоперационные назначения
8. Написание врачебной истории болезни

4. Вопросы:

1. На какие сутки появляются рентгенологические изменения костей?
2. Опишите клинику некротической флегмоны новорожденных. В чем опасность течения?
3. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при остеомиелите.
4. Ошибки в диагностике острого гематогенного остеомиелита допущенные:
 - родителями
 - педиатром
 - врачом травмпункта
 - хирургом стационара

5. Заполните таблицу: «Дифдиагностика ОГО и травмы»

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

6. Тестовые задания

1. Что не характерно для остеомиелита?
 - а. выраженная интоксикация
 - б. нормальная температура
 - в. сильные ночные боли в пораженной конечности
 - г. значительный отек над местом поражения
2. Дифференциальную диагностику острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с:
 - а. туберкулёзом;
 - б. ревматоидным артритом;
 - в. рахитом;
 - г. флегмоной;
 - д. травмой;
 - е. саркомой;
 - ж. остеобластокластомой.

3. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей старше 3 лет состоят из:
 - а. остеоперфорации;
 - б. дренирования гнойных затёков;
 - в. промывания костной полости антисептиками;
 - г. иммобилизации конечности лонгетой;
 - д. вытяжения по Шеде;
 - е. мазевых повязок, консервативно.
4. У ребёнка с острым диафизарным остеомиелитом в 1-3-й сутки наблюдаются симптомы:
 - а. местная гипертермия;
 - б. флюктуация;
 - в. нарушение функции ближайшего сустава;
 - г. боль при пальпации;
 - д. боль при перкуссии;
 - е. выраженный венозный рисунок;
 - ж. боль при нагрузке по оси конечности;
 - з. локальный отёк.
5. Ранние рентгенологические признаки острого гематогенного метадиафизарного остеомиелита характеризуются:
 - а. линейной периостальной реакцией;
 - б. нечёткостью структуры костных балок;
 - в. наличием очагов деструкции;
 - г. расширением суставной щели;
 - д. игольчатым периоститом;
 - е. симптомом «луковичной кожуры».
6. При лечении острого гематогенного остеомиелита целесообразно выбрать в качестве стартового антибиотика:
 - а. ампициллин;
 - б. цефотаксим;
 - в. линкомицин;
 - г. амикацин;
 - д. ванкомицин;
 - е. фузидиевую кислоту.
7. Клинически острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит проявляется:
 - а. парезом ручки;
 - б. сгибательной контрактурой в ножках;
 - в. болезненностью при сгибании и разгибании;
 - г. болезненностью ротационных движений;
 - д. отсутствием активных движений;
 - е. патологической подвижностью.
8. Появление рентгенологических признаков при остеомиелите бедренной кости у ребенка 12 лет следует ожидать:
 - а. В течение 1 недели болезни
 - б. На 10-12 день болезни
 - в. На 2-3 неделе
 - г. Через месяц
9. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:
 - а. к обрывному
 - б. к затяжному

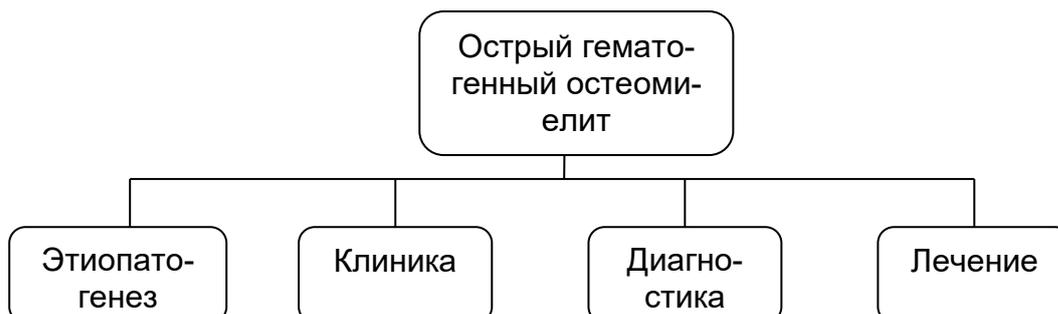
- в. к молниеносному
 - г. к хроническому
 - д. к септикопиемическому
10. Декомпрессивная остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите позволяет
- а. уточнить диагноз в неясных случаях
 - б. получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования, определения чувствительности микрофлоры
 - в. снизить внутрикостное давление
 - г. снять боль
 - д. все перечисленное
11. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы:
- а. острое начало;
 - б. постепенное начало;
 - в. стойкая гипертермия (выше 38 °С);
 - г. нарушение функции;
 - д. резкая локальная боль;
 - е. вынужденное положение конечности;
 - ж. боль при перкуссии;
 - з. усиление боли при пассивных и активных движениях конечности;
 - и. летучие боли в суставах.
12. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей грудного возраста состоят из:
- а. остеоперфорации;
 - б. дренирования гнойных затёков;
 - в. промывания костной полости антисептиками;
 - г. иммобилизации конечности лонгетой;
 - д. вытяжения по Шеде;
 - е. маевых повязок, консервативно.
13. Из перечисленных отметьте три кости, которые наиболее часто поражаются ОГО:
- а. Ключица
 - б. Предплечья
 - в. Кисти
 - г. Плечо
 - д. Стопы
 - е. Голени
 - ж. Бедро
14. Наиболее характерные ранние признаки ОГО у старших детей?
- а. Увеличение объема сегмента конечности
 - б. Гиперемия кожи
 - в. Флюктуация мягких тканей пораженного сегмента
 - г. Усиление рисунка подкожных вен
 - д. Шаровидная форма сустава
 - е. Вынужденное положение конечности
 - ж. Ограничение функций сустава
 - з. Выраженная болезненность при пальпации кости
 - и. Болезненность при осевой нагрузке
15. Ранние лабораторные признаки ОГО?
- а. Анемия
 - б. Тромбоцитопения
 - в. Лейкопения
 - г. Гиперлейкоцитоз

- д. Сдвиг формулы лейкоцитов вправо
 - е. Сдвиг формулы лейкоцитов влево
 - ж. Токсическая зернистость нейтрофилов
 - з. Анизоцитоз
 - и. Небольшое повышение СОЭ
 - к. Резкое повышение СОЭ
16. Причина болей при ОГО?
- а. Раздражение нервных окончаний токсинами возбудителя
 - б. Повышение внутрикостного давления
 - в. Разрушение нервных окончаний ферментами возбудителя
 - г. Раздражение рецепторов кожи при отеке конечности
 - д. Боли «центрального» происхождения
17. Срочность проведения оперативного вмешательства при ОГО?
- а. В первые минуты после поступления
 - б. В первые три часа после поступления
 - в. В течение первых суток
 - г. Допустима выжидательная тактика в течение трех суток
18. В чем заключается оперативное вмешательство при ОГО?
- а. Пункция кости
 - б. Разрез мягких тканей
 - в. Периостотомия со вскрытием поднадкостничного абсцесса
 - г. Периостотомия в сочетании с фрезевой остеоперфорацией и установкой в кость иглы для внутрикостного введения антибиотиков
 - д. Широкая трепанация кости долотом
 - е. Ампутация конечности
19. Иммобилизация конечности при ОГО:
- а. Не нужна
 - б. Глухой гипсовой повязкой
 - в. Глубоким гипсовым лонгетом
 - г. Скелетным вытяжением
 - д. Аппаратом Илизарова
20. Клинические признаки эпифизарного остеомиелита?
- а. Увеличение объема суставного конца конечности
 - б. Шарообразная форма сустава с увеличением его объема
 - в. Уплотнение мягких тканей, окружающих сустав
 - г. Флюктуация в суставе

7. Составление 2 ситуационных задач.

8. Составление 3 тестов.

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



Тема 4: «Хирургическая инфекция у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность гнойно-воспалительных заболеваний • Каким видом гнойных заболеваний болеют дети различного возраста <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности строения кожного покрова у новорожденных • Анатомические особенности строения подкожной жировой клетчатки кисти <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы • Микрофлора, наиболее часто вызывающая воспаление <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез синдрома гемодинамических нарушений • Патогенез гипертермического синдрома • Патогенез синдрома дыхательных расстройств • Патогенез ДВС-синдрома • Морфологическая характеристика гнойно-воспалительных поражений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника флегмоны новорожденных • Клиника мастита новорожденных • Клиника рожистого воспаления • Клиника фурункула, карбункула 	<p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>-Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>-Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p> <p>-Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997</p> <p>-Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978.</p> <p>-Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.</p>

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

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с гнойным заболеванием мягких тканей
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Участие в назначении лечения
6. Ассистенция на операции
7. Послеоперационные назначения
8. Написание врачебной истории болезни

4. Вопросы:

1. Причины возникновения мастита новорожденных.
2. Опишите клинику некротической флегмоны новорожденных. В чем опасность течения?
3. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при гнойном заболевании мягких тканей.
4. Перечислите формы панариция.

5. Заполните таблицу: «Диффдиагностика инфильтрата и абсцесса»

	анамне з	температу- ра общая	температу- ра местная	кон- сис- тенция	интоксика- ция	локальная бо- лезненность	флюк- туа- ция
Инфиль- трат							
Абсцесс							

6. Тестовые задания:

1. У новорождённых рожистое воспаление вызывает возбудитель:
 - а. стафилококк;
 - б. стрептококк;
 - в. протей;
 - г. синегнойная палочка;
 - д. клебсиелла;
 - е. анаэробы.
2. У новорождённых некротическую флегмону вызывает возбудитель:
 - а. стафилококк;
 - б. стрептококк;
 - в. протей;
 - г. синегнойная палочка;
 - д. клебсиелла;
 - е. анаэробы;
 - ж. абактериальна.
3. У новорождённых стафилококк вызывает:
 - а. некротическую флегмону;
 - б. рожистое воспаление;
 - в. мастит;
 - г. острый метаэпифизарный остеомиелит;
 - д. острый метадиафизарный остеомиелит;
 - е. деструктивную пневмонию;
 - ж. острый артрит.
4. У новорождённых некротическая флегмона проявляется симптомами:
 - а. пятно гиперемии;
 - б. разлитая гиперемия;
 - в. инфильтрация сплошная;
 - г. инфильтрация бугристая;
 - д. повышение местной температуры;
 - е. распространяется;
 - ж. функция нарушена.
5. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:
 - а. фурункулез;
 - б. псевдофурункулез;
 - в. флегмона подкожной клетчатки;
 - г. абсцесс;
 - д. рожистое воспаление.
6. При флегмоне новорожденных первичный воспалительный процесс локализуется
 - а. в подкожной клетчатке
 - б. в слизистой оболочке
 - в. в лимфатических сосудах кожи

- г. в коже
7. При флегмоне новорожденных чаще отмечается
 - а. нормальная температура, изредка субфебрилитет
 - б. периодическое повышение температуры на протяжении всего заболевания
 - в. субфебрильная температура до прекращения некроза
 - г. высокая температура (39-40°C) в первые дни заболевания
 - д. резкое ее снижение после прекращения некроза клетчатки
 8. Что из перечисленного является причиной проникновения хирургической инфекции в организм новорожденного?
 - а. Болезнь матери
 - б. Дефицит местного иммунитета у ребенка
 - в. Искусственное вскармливание
 - г. Наличие дополнительных путей инфицирования у новорожденного
 - д. Переносимость
 9. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:
 - а. пояснично-крестцовая область;
 - б. грудная клетка;
 - в. лицо;
 - г. промежность и половые органы;
 - д. конечности.
 10. Характерная особенность стафилококковой инфекций
 - а. резистентность к воздействию внешней среды;
 - б. быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
 - в. широкая распространенность в окружающей среде;
 - г. ни одно из перечисленных;
 - д. все перечисленное.
 11. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:
 - а. механическое очищение очага;
 - б. антибактериальное действие;
 - в. предупреждение распространения процесса
 - г. предупреждение генерализации процесса;
 12. При мастите у новорожденных разрез производят;
 - а. радиально;
 - б. по окружности;
 - в. через ареолу;
 - г. любым из перечисленных.
 13. Какова локализация местного процесса при флегмоне новорожденных:
 - а. область пупка
 - б. передняя грудная стенка
 - в. лицо
 - г. задняя поверхность тела.
 14. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при гнойном омфалите?
 - а. незаращение желточного протока
 - б. гранулема пупка
 - в. пупочная грыжа
 - г. незаращение мочевого протока
 15. Укажите на характерные симптомы подвздошного лимфаденита:
 - а. контрактура бедра
 - б. боли в голеностопном суставе

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

7. Составление 2 ситуационных задач.

8. Составление 3 тестов.

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



Тема 5: «Нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины. Паховая грыжа. Водянка оболочек яичка, семенного канатика. Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Крипторхизм.»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриогенез яичка.

2. Строение пахового канала.
3. Анатомия и физиология яичка.
4. Анатомия брюшной стенки.
5. Анатомия таза.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ol style="list-style-type: none"> 1) Эмбриогенез яичка и полового члена. 2) Формы крипторхизма. 3) Дифференциальная диагностика между крипторхизмом и эктопией яичка. 4) Способы оперативного лечения крипторхизма. 5) Способы и сроки оперативного лечения водянки яичка и семенного канатика. 6) Дифференциальную диагностику грыж. 7) Способы и сроки оперативного лечения грыж. 8) Виды гипоспадии. 9) Способы уретропластики. 	<ul style="list-style-type: none"> - Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста/Под редакцией Ю.Ф.Исакова, .М.Лопухина. 2-е изд. - М. – Медицина. – 1989. - Хирургические болезни у детей. Учебник / Под ред. Ю.Ф.Исакова. 1998. Электронная версия: Хирургические болезни у детей: Учебник/Под ред. Ю.Ф.Исакова.- 1998. - Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Детская урология. – М. – Медицина. – 1986. -Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983. -Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997 -Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.
<p>Студент должен уметь</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальпировать наружное паховое кольцо. 2. Произвести диафаноскопию. 3. Вправить грыжевое выпячивание. 4. Определить размер дефекта в брюшной стенке. 5. Обладать навыками пальпации крипторхического яичка. 6. Отличать истинный крипторхизм от ложного. 7. Отличать крипторхизм от эктопии яичка. 8. Пальпировать яичко, его придаток и патологические образования в мошонке. 	<ul style="list-style-type: none"> - Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. -Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983. - Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Детская урология. – М. – Медицина. – 1986. -Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. -- Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007. -Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с паховой грыжей, крипторхизмом.
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Ассистенция на операции
6. Послеоперационные назначения
7. Написание врачебной истории болезни

4. Вопросы:

1. Причины возникновения паховой грыжи у детей.
 2. В каком возрасте показана операция
 - при паховой грыже
 - водянке оболочек яичка
 - пупочной грыже
 - крипторхизме
 3. Опишите клинику ущемлённой паховой грыжи.
 4. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при гнойном заболевании мягких тканей.
 5. Перечислите формы эктопии яичка.
5. Заполните таблицу: «Дифдиагностика крипторхизма и эктопии яичка»

	Расположение яичка	Размеры яичка	Внешний вид мошонки	болезненность яичка при пальпации	Начало заболевания
Крипторхизм					
Эктопия					

Тема 6: «Обследование урологических больных»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Эмбриогенез почек
2. Нормальная анатомия почки
3. Нормальная физиология почки
 - a. клубочковый аппарат и его функция
 - b. канальцевый аппарат и его функция
 - c. эндокринная функция почек
4. Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп
5. Уход за детьми с урологической патологией

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность урологической патологии • Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей • Эмбриогенез почек <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности клинических проявлений урологической патологии у детей различного возраста <p><u>Диагностика</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. - Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. - Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98.

<ul style="list-style-type: none"> • Показания к урологическому обследованию у детей • Опрос ребенка и его родителей • Методики физикального обследования (осмотр, пальпация и перкуссия) органов мочевыводящей системы у детей разного возраста • Клинико-лабораторное исследование крови, свертывающей и антисвертывающей системы • Биохимическое исследование крови (уровень остаточного азота, хлоридов, электролитов, мочевины, белка и белковых фракций, клиренс эндогенного креатинина, клиренс мочевины) • Исследование мочи (общий анализ, анализ по методике Нечипоренко, Аддис-Каковского, Зимницкого, определение активных лейкоцитов, бактериологическое исследование) • Определение остаточной мочи в мочевом пузыре • Исследование суммарной функции почек • Эхография с доплерографией мочевых путей, • Рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография брюшной полости, экскреторная (инфузионная) урография, цистография, уретроцистография, ретроградная пиелография, ретропневмоперитонеум, аорто- и венография • Радиоизотопное исследование почек • Компьютерная томография • Уродинамические методы исследования: урофлоуметрия, цистометрия, уретрометрия электромиография шейки мочевого пузыря, сфинктера уретры и анального отверстия, профильная манометрия уретры. • Цистоскопия, раздельное исследование почек и катетеризация мочеточников, хромоцистоскопия • Морфологическое исследование патологических сегментов мочевой системы, взятых интраоперационно или пункционной биопсией паренхимы почек 	<ul style="list-style-type: none"> – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльтищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сбор и интерпретация анамнеза при урологической патологии • Оценка общего состояния • Осмотр и пальпация живота (поверхностная и глубокая). • Бимануальная пальпация. • Пальпация почек у детей до 1 года по Williams • Катетеризация мочевого пузыря • Провести экскреторную урографию • Провести цистографию • Интерпретация результатов лабораторных исследований • Интерпретация результатов специальных методов исследования <p>Присутствие на лапароскопии, цистоскопии</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльтищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин

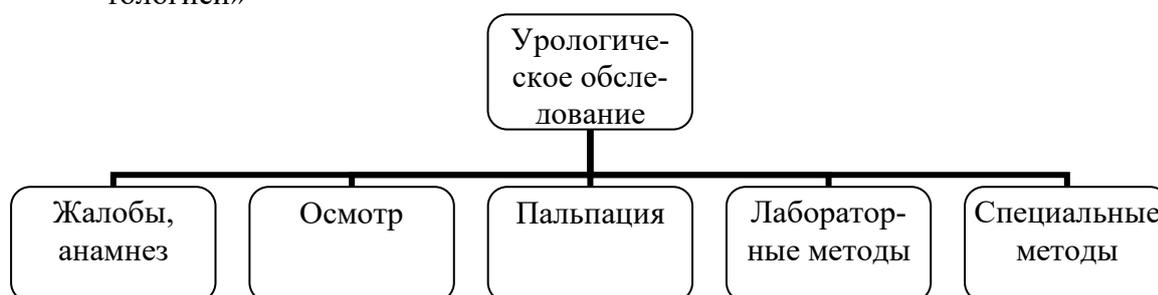
	<p>В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.</p> <p>– Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.</p> <p>– Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.</p>
--	---

4. Работа на дежурстве.

- 1) Прием больных с урологической патологией
- 2) Сбор анамнеза
- 3) Объективный осмотр
- 4) Составление плана обследования и лечения больного
- 5) Присутствие при эхографическом, рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больного, участие в проведении диагностических манипуляций
- 6) Интерпретация полученных данных совместно с врачом
- 7) Участие в лечении больного
- 8) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания:

1. Назовите основные симптомы при урологических заболеваниях
2. Назовите абсолютные показания для урологического обследования
3. Назовите относительные показания для урологического обследования
4. Какие основные лабораторные исследования крови и мочи проводятся при урологической патологии
5. Перечислите изменения в общем анализе крови и мочи при воспалительных процессах в мочевой системе; при почечной недостаточности; при травме органов мочевого выделения
6. Какие специальные методы исследования применяются для диагностики урологической патологии
7. Составьте 2 ситуационные задачи по обследованию урологических больных
8. Составьте 3 тестовых задания по обследованию урологических больных
9. Составьте графологическую схему по теме «Обследование детей с урологической патологией»



Тема 7: «Аномалии развития почек»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность врожденной урологической патологии • Анатомо-физиологические особенности почек у детей раннего возраста <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация аномалий развития почек • Семиотика пороков развития почек <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности диагностики различных вариантов аномалий развития почек • Возможности ультразвукового, эндоскопического и рентгенологического обследования при аномалиях развития почек • Дополнительные методы обследования при аномалиях развития почек <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение тактики лечения при пороках развития почек • Показания к хирургическому лечению • Сроки диспансерного наблюдения при аномалиях развития почек 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. - М. 1986. 2. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. 3. Хирургия аномалий почек. Джавад-Заде М.Д., М., 1987. 4. Роль аномалий почек в возникновении урологических заболеваний. Трапезникова М.Ф., Урология и нефрология. 1996 № 6 с 8-12 5. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение сведений при сборе пренатального анамнеза • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования больного • Оценить общего состояния • Провести осмотр и пальпацию живота (поверхностная и глубокая) • Провести осмотр и пальпацию поясничной области. • Пальпация почек у детей до 1 года <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов лабораторных методов исследования • Интерпретация результатов лучевых методов исследования • Интерпретация данных эндоскопических методов исследования 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977. 2. Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. 3. Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.

Участие в лечении

- Участие в предоперационной подготовке
- Ассистенция при проведении операций на удвоенной почке
- Участие в послеоперационном лечении больного

3. Работа на дежурстве

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

4. Вопросы и задания

1. Классификация аномалий развития почек.
2. Что такое полное удвоение почки и как его достоверно установить?
3. Проведите дифференциальный диагноз между дистопией почки и нефроптозом.
4. Особенности лечебной тактики (консервативная, оперативная) при аномалиях количества _____
положения _____
взаимоотношения _____
величины _____
структуры _____
5. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
6. Составление 2 тестовых заданий по теме.
7. Составьте графологическую схему по теме «Аномалии развития почек» по типу:



Тема 8: «Гипоспадия, эписпадия. Экстрофия мочевого пузыря»

А. Гипоспадия, эписпадия.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - а. Эмбриогенез мочеиспускательного канала.
 - б. Эмбриогенез мочевого пузыря
 - с. Нормальная анатомия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.

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

2. Определение целей занятия

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

ном периоде	
-------------	--

3. Дайте определение гипоспадии (эписпадии)
4. Перечислите формы гипоспадии (эписпадии)
5. Перечислите клинические проявления при различных формах гипоспадии (эписпадии)
6. Какова лечебная тактика в зависимости от формы гипоспадии (эписпадии)? Показания к хирургическому лечению
7. Каковы сроки хирургического вмешательства в зависимости от формы гипоспадии (эписпадии)?
8. Какие методы оперативного лечения вы знаете?
9. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
10. Составьте 2 ситуационные задачи по гипоспадии у детей.
11. Составьте 2 ситуационные задачи по эписпадии у детей.
12. Составьте 3 тестовых задания по гипоспадии
13. Составьте 3 тестовых задания по эписпадии
14. Составьте графологическую схему по теме «Гипоспадия» по типу:



15. Составьте графологическую схему по теме «Эписпадия»



Б. Экстрофия мочевого пузыря.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - a. Эмбриогенез мочеиспускательного канала.
 - b. Эмбриогенез мочевого пузыря
 - c. Нормальная анатомия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
 - d. Нормальная физиология мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
 - e. Топографическая анатомия и оперативная хирургия мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.

f. Уход за детьми с урологической патологией

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ol style="list-style-type: none"> 1) Определение экстрофии мочевого пузыря 2) Этиопатогенез экстрофии мочевого пузыря 3) Клиническую картину при экстрофии мочевого пузыря 4) Дополнительные методы исследования 5) Осложнения экстрофии мочевого пузыря 6) Лечебная тактика. 7) Сроки проведения оперативного лечения. 8) Методы хирургического лечения 9) Особенности послеоперационного периода 	<ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотр наружных половых органов • Выявление сочетанных пороков развития • Интерпретация результатов обследования • Определение тактики лечения • Определение сроков хирургического вмешательства • Техника хирургического вмешательства при экстрофии мочевого пузыря <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Написание истории болезни при экстрофии мочевого пузыря • Участие в предоперационной подготовке. • Ассистирование на операции «Пластика мочевого пузыря». • Ведение больного в послеоперационном периоде 	<ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. – Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. – Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.

2. Дайте определение экстрофии мочевого пузыря

3. Перечислите клинические признаки экстрофии мочевого пузыря

4. Какие пороки развития наиболее часто могут встречаться при экстрофии мочевого пузыря?
5. Лечебная тактика при экстрофии мочевого пузыря
6. Каковы сроки хирургического вмешательства?
7. Какие методы оперативного лечения вы знаете?
8. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
9. Составьте 2 ситуационные задачи по экстрофии мочевого пузыря.
10. Составьте 3 тестовых задания по экстрофии мочевого пузыря.
11. Составьте графологическую схему по теме «Экстрофия мочевого пузыря» по типу:



Тема 9: «Крипторхизм. Варикоцеле. Синдром отеочной мошонки.»

А. Крипторхизм.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - a. Эмбриогенез яичка.
 - b. Нормальная анатомия мошонки.
 - c. Нормальная физиология органов мошонки.
 - d. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
 - e. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
– Анатомию и физиологию органов мошонки	– Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.
– Этиологию и патогенез крипторхизма	– Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986.
– В каком возрасте диагностируется данное заболевание	– Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98.
– Клинические проявления	– Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973
– Формы крипторхизма	– Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989.
– Диагностика и дифференциальная диагностика крипторхизма	– Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967
– Дополнительные методы исследования при крипторхизме	– Диагностика урологических забо-
– Лечебная тактика	
– Сроки хирургического лечения	
– Методы низведения яичка	
– Особенности послеоперационного периода	
– Сроки диспансерного наблюдения	

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

3. Дайте определение крипторхизма.
4. Перечислите причины возникновения крипторхизма.
5. Перечислите клинические признаки при различных формах крипторхизма.
6. Перечислите дополнительные методы исследования при крипторхизме.
7. С чем приходится дифференцировать крипторхизм?
8. Какова лечебная тактика в зависимости от причин крипторхизма?
9. Каковы сроки хирургического вмешательства?
10. Какие методы оперативного лечения вы знаете?
11. Этапы операции при ревизии пахового канала и низведении яичка.
12. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
13. Прогноз заболевания при отсутствии лечения.
14. Составьте 2 ситуационные задачи по крипторхизму у детей.
15. Составьте 3 тестовых задания по крипторхизму у детей.
16. Составьте графологическую схему по теме «Крипторхизм» по типу:



Б. Варикоцеле.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - a. Эмбриогенез яичка.
 - b. Нормальная анатомия мошонки.
 - c. Нормальная физиология органов мошонки.
 - d. Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов мошонки.
 - e. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

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

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Дайте определение варикоцеле.
5. Назовите причину возникновения варикоцеле слева.
6. Назовите возможные причины возникновения варикоцеле справа.
7. Перечислите клинические признаки при различных степенях варикоцеле.
8. Какие дополнительные методы исследования применяются при варикоцеле?
9. Какова лечебная тактика в зависимости от причин варикоцеле?
10. Методы оперативного лечения варикоцеле.
11. Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде и какова лечебная тактика при них?
12. Сроки диспансерного наблюдения больных в послеоперационном периоде.
13. Составьте 2 ситуационные задачи по варикоцеле.
14. Составьте 3 тестовых задания по варикоцеле.
15. Составьте графологическую схему по теме:



В. Синдром отеочной мошонки.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриогенез яичка.

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

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> – Анатомию и физиологию органов мошонки – Этиологию и патогенез синдрома отечной мошонки – В каком возрасте чаще возникает данное заболевание – Клинические проявления – Особенности клиники при различных причинах СОМ – Диагностика и дифференциальная диагностика СОМ – Дополнительные методы исследования СОМ – Лечебная тактика – Вид обезболивания – Оперативный доступ и характер оперативного вмешательства – Послеоперационное ведение больного <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Налаживание контакта с больным – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. – Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. – Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценка общего состояния – Осмотр мошонки – Пальпация мошонки – Дополнительные методы исследования – Оценка результата общего анализа крови – Интерпретация результатов обследования – Определение тактики лечения – Определение показаний к операции <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Назначение консервативного лечения – Назначение предоперационной подготовки. – Ассистирование на операции «Ревизия органов мошонки». – Ведение больного в послеоперационном периоде 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. - М. 1986, с.270 - 274 2) Перекрут гидатид Моргани у мальчиков. Юдин Я.Б.. Урология и нефрология 1980 №2 с. 31-33 3) Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. 4) Синдром отечной мошонки 5) Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 6) Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 7) Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977. 8) Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с СОМ.
- 2) Сбор анамнеза.

- 3) Объективный осмотр.
- 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с дежурным врачом.
- 5) Участие в предоперационной подготовке.
- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Послеоперационное ведение больного.
- 8) Написание истории болезни больного с синдромом отечной мошонки.

4. Перечислите причины возникновения синдрома отечной мошонки.
5. Перечислите клинические признаки при различных причинах СОМ.
6. Перечислите дополнительные методы исследования при СОМ.
7. Какова лечебная тактика в зависимости от причин СОМ?
8. Этапы операции при ревизии органов мошонки.
9. Охарактеризуйте морфологические изменения при перекруте гидатиды Морганьи.
10. Охарактеризуйте морфологические изменения при перекруте яичка.
11. Какие признаки нежизнеспособности яичка при перекруте вы знаете?
12. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз СОМ»

Заболевание	Жалобы	Начало	Возраст	характер боли	гиперемия, отек	T ⁰ тела	Изменения в общем анализе крови	Другие симптомы
Перекрут яичка								
Перекрут гидатиды Морганьи								
Орхит								
Травма яичка								

13. Составьте 2 ситуационные задачи по СОМ у детей.
14. Составьте 3 тестовых задания по СОМ у детей.
15. Составьте графологическую схему по теме «Синдром отечной мошонки» по типу:



Тема 10: «Гидронефроз. Уретерогидронефроз.»

А. Гидронефроз.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - a. Эмбриогенез почек
 - b. Нормальная анатомия почки
 - c. Нормальная физиология почки
 - d. Топографическая анатомия и оперативная хирургия почек
 - e. Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп
 - f. Уход за детьми с урологической патологией
2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> –Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей –Распространенность гидронефроза среди урологической патологии –Определение гидронефроза –Этиопатогенез гидронефроза –Классификация гидронефроза –Клинические проявления –Диагностика и дифференциальная диагностика гидронефроза –Дополнительные методы обследования при гидронефрозе –Осложнения гидронефроза –Лечебная тактика при гидронефрозе –Методы оперативного лечения –Оперативные доступы, вид обезболивания –Возможные осложнения в послеоперационном периоде –Сроки диспансерного наблюдения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. - М. 1986, с.156-170 2. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.. 3. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997 4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977. 5. Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. 6. Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007.
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения из акушерского анамнеза, анамнеза жизни и заболевания. <p><u>Обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Составить план обследования больного • Осмотр и пальпация живота и поясничной области (поверхностная и глубокая, бимануальная пальпация). • Катетеризация мочевого пузыря • Интерпретация результатов лабораторных исследований • Провести экскреторную урографию и интерпретировать результаты • Провести цистографию • Интерпретация результатов специальных методов исследования • Оценить жизнеспособность гидронефротической почки <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить тактику лечения • Написать историю болезни при гидронефрозе • Присутствие на лапароскопии, цистоскопии • Ассистенция на операции «Пластика прилоханочного отдела мочеточника» • Ведение послеоперационного периода 	

3. Работа на дежурстве.

- 1) Прием больных с гидронефрозом
- 2) Составление плана обследования больного

- 3) Осмотр и физикальное обследование
- 4) Присутствие при эхографическом, рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больного, участие в проведении диагностических манипуляций
- 5) Интерпретация полученных данных
- 6) Составление плана лечения больного
- 7) Определение показаний к оперативному лечению
- 8) Присутствие на операции
- 9) Ведение послеоперационного периода
- 10) Написание истории болезни

4. Дать определение гидронефроза
5. Перечислить причины гидронефроза
6. Классификация
7. Клинические проявления гидронефроза
8. Диагностика и дифференциальная диагностика гидронефроза
9. Дополнительные методы обследования при гидронефрозе
10. Осложнения гидронефроза
11. Какова лечебная тактика при гидронефрозе
12. Какие методы оперативного вмешательства применяются при гидронефрозе
13. Возможные осложнения в послеоперационном периоде
14. Каковы сроки диспансерного наблюдения
15. Прогноз заболевания
16. Составьте 2 ситуационные задачи по гидронефрозу у детей.
17. Составьте 3 тестовых задания по гидронефрозу у детей.
18. Составьте графологическую схему по теме «Гидронефроз» по типу:



Б. Уретерогидронефроз.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - 1) Эмбриогенез почек и мочеточников.
 - 2) Нормальная анатомия почки и мочеточников.
 - 3) Нормальная физиология почки и мочеточников.
 - 4) Топографическая анатомия и оперативная хирургия почек и мочеточников.
 - 5) Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп.
 - 6) Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
–Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей –Определение уретерогидронефроза –Этиопатогенез уретерогидронефроза –Клинические проявления –Классификация уретерогидронефроза –Диагностика и дифференциальная диагностика	– Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и

<p>уретерогидронефроза</p> <ul style="list-style-type: none"> –Дополнительные методы исследования при гидронефрозе –Лечебная тактика при гидронефрозе –Показания к консервативному и хирургическому лечению –Консервативное лечение –Хирургическое лечение –Вид обезболивания, оперативный доступ, –Метод оперативного вмешательства –Ведение больного в послеоперационном периоде, возможные осложнения –Сроки диспансерного наблюдения 	<p>нефрологии. С.Д.Голигорский 1973</p> <ul style="list-style-type: none"> – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения из акушерского анамнеза, анамнеза жизни и заболевания. <p><u>Обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Осмотр и пальпация живота и поясничной области (поверхностная и глубокая, бимануальная пальпация). • Катетеризация мочевого пузыря • Интерпретация результатов лабораторных исследований • Провести экскреторную урографию и интерпретировать результаты • Провести цистографию • Интерпретация результатов специальных методов исследования <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить тактику лечения • Написать историю болезни при гидронефрозе • Сформулировать план обследования и лечения больного • Присутствие на лапароскопии, цистоскопии • Ассистенция на операции «Неоимплантация мочеточниково-пузырного соустья» • Ведение послеоперационного периода 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. ○ Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. ○ Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. ○ Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 ○ Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. ○ Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. ○ Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. ○ Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.

4. Дать определение уретерогидронефроза.
5. Перечислить причины мегауретера.
6. Классификация.
7. Клинические признаки уретерогидронефроза.
8. Какие дополнительные методы исследования применяются для диагностики уретерогидронефроза?
9. Осложнения уретерогидронефроза.
10. Какова лечебная тактика при уретерогидронефрозе
11. Показания и объем консервативного лечения.

12. Показания и объем оперативного лечения.
13. Лечение в послеоперационном периоде.
14. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
15. Каковы сроки диспансерного наблюдения?
16. Составьте 2 ситуационные задачи по уретерогидронефрозу у детей.
17. Составьте 3 тестовых задания по уретерогидронефрозу у детей.
18. Составьте графологическую схему по теме «Уретерогидронефроз» по типу:



Тема 11: «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Инфравезикальная обструкция.»

А. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР).

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> –Механизм замыкательной функции мочеточниково-пузырного соустья –Определение ПМР. В каком возрасте он встречается наиболее часто –Причины ПМР –Характер морфологических изменений в дистальном сегменте мочеточника при ПМР – Классификация ПМР –Клинические проявления ПМР –Диагностика ПМР –Осложнения ПМР –Лечебная тактика при ПМР –Принципы консервативного лечения –Методы оперативного лечения –Оперативные доступы, вид обезболивания –Эндоскопическое лечение –Возможные осложнения в до- и послеоперационном периоде –Ведение послеоперационного периода –Сроки диспансерного наблюдения 	<ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишнеvский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
Студент должен уметь: <u>Сбор анамнеза</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Детская хирургия. Исаков

<ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения из акушерского анамнеза, анамнеза жизни и заболевания. • Интерпретация полученных данных <p><u>Обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Составить план обследования больного • Осмотр и пальпация живота, поясничной области и области мочевого пузыря (поверхностная и глубокая). • Интерпретация результатов лабораторных и специальных исследований • Катетеризация мочевого пузыря • Провести микционную цистографию и интерпретировать результаты <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить план обследования и лечения • Написать историю болезни при ПМР • Присутствие на лапароскопии, цистоскопии • Ассистенция на операции «Пластика прилоханочного отдела мочеточника» • Присутствие на эндоскопической операции • Ведение послеоперационного периода 	<p>Ю.Ф. – М. 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. ○ Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. ○ Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 ○ Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. ○ Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. ○ Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. ○ Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.
--	--

4. Классификация ПМР
5. Клинические проявления ПМР
6. Дополнительные методы обследования при ПМР
7. Осложнения ПМР
8. Какова лечебная тактика при ПМР
9. Показания к консервативному и оперативному лечению ПМР
10. Какие методы оперативного вмешательства применяются при гидронефрозе
11. Эндоскопические вмешательства при ПМР
12. Возможные осложнения в послеоперационном периоде
13. Каковы сроки диспансерного наблюдения
14. Составьте 2 ситуационные задачи по ПМР у детей.
15. Составьте 3 тестовых задания по ПМР у детей.
16. Составьте графологическую схему по теме «ПМР» по типу:



Б. Инфравезикальная обструкция.

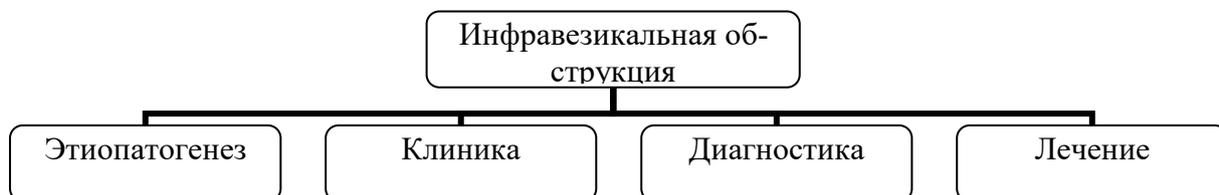
1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриогенез почек, мочевого пузыря, уретры.
 2. Нормальная анатомия почек, мочевого пузыря, уретры.
 3. Нормальная физиология почек, мочевого пузыря, уретры.
 4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия почек, мочевого пузыря, уретры.
 5. Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп.
 6. Уход за детьми с урологической патологией.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> – Определение инфравезикальной обструкции – Причины инфравезикальной обструкции – Клинические проявления – Лабораторные и специальные методы исследования при инфравезикальной обструкции – Лечебная тактика при инфравезикальной обструкции – Показания к консервативному и хирургическому лечению – Консервативное лечение – Хирургическое лечение 	<ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получить необходимые сведения из акушерского анамнеза, анамнеза жизни и заболевания. <p><u>Обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Осмотр и пальпация живота • Интерпретация результатов лабораторных исследований • Калибровка уретры у девочек • Провести экскреторную урографию и интерпретировать результаты • Провести микционную цистографию и интерпретировать результаты <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить тактику лечения • Написать историю болезни при инфравезикальной обструкции • Сформулировать план обследования и лечения больного • Ассистенция на операции • Ведение послеоперационного периода 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. ○ Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. ○ Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98. ○ Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 ○ Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. ○ Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. ○ Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. ○ Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.

4. Дать определение инфравезикальной обструкции
5. Перечислить причины инфравезикальной обструкции
6. Клинические признаки инфравезикальной обструкции
7. Какие дополнительные методы исследования применяются для диагностики инфравезикальной обструкции
8. Осложнения инфравезикальной обструкции

9. Какова лечебная тактика при различных вариантах инфравезикальной обструкции
10. Показания к консервативному и хирургическому лечению
11. Оперативное лечение
12. Каковы сроки диспансерного наблюдения
13. Составьте 2 ситуационные задачи по инфравезикальной обструкции у детей.
14. Составьте 3 тестовых задания по инфравезикальной обструкции у детей.
15. Составьте графологическую схему по теме «Инфравезикальная обструкция» по типу:



Тема 12: «Нейрогенный мочевой пузырь»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриогенез мочевого пузыря.
 2. Нормальная анатомия мочевого пузыря.
 3. Нормальная физиология мочевого пузыря.
 4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия мочевого пузыря.
 5. Правила объективного исследования мочевого пузыря у детей различных возрастных групп.
 6. Уход за детьми с урологической патологией.
2. Определение целей занятия

<p>Студент должен знать</p> <ul style="list-style-type: none"> – Этиологию и патогенез НДМП – В каком возрасте диагностируется данное заболевание – Естественный ритм спонтанных мочеиспусканий в зависимости от возраста – Причины нейрогенных расстройств мочеиспускания – Классификация НДМП – Клинические проявления НДМП – Диагностика и дифференциальная диагностика НДМП – Дополнительные методы исследования при НДМП – Лечебная тактика в зависимости от формы НДМП – Физиотерапевтические методы лечения 	<p>Литература</p> <ul style="list-style-type: none"> – Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. – Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. – Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98. – Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 – Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. – Атлас анатомии человека. А.С.Синельников. М.1967 – Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
<p>Студент должен уметь:</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Получить необходимые сведения из акушерского анамнеза, анамнеза жизни и заболевания. – Интерпретация полученных данных <p><u>Обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценка общего состояния – Составить план обследования больного – Осмотр и пальпация живота и области мочевого пузыря (поверхностная и глубокая). – Определение ритма спонтанных мочеиспусканий – Интерпретация результатов лабораторных и специальных исследований – Катетеризация мочевого пузыря, оценка объема остаточной мочи – Провести микционную цистографию и интерпретировать результаты <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Определить план обследования и лечения – Назначить совместно с врачом лечение при гипо- и гиперрефлекторной дисфункции мочевого пузыря 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. ○ Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. ○ Детская хирургия. В 3 томах. Ашкрафт К.Ч., Холдет Т.М. – СПб.; Хардфорд. – 1996-98. ○ Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973 ○ Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989. ○ Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984. ○ Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. ○ Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.

<ul style="list-style-type: none"> – Написать историю болезни при НДМП – Сроки диспансерного наблюдения 	
---	--

4. Дать определение НДМП
5. Этиопатогенез НДМП
6. Классификация НДМП
7. Клинические проявления НДМП
8. Диагностика НДМП
9. Специальные методы обследования при НДМП
10. Осложнения НДМП
11. Какова лечебная тактика при различных формах НДМП
12. Физиотерапевтические методы лечения
13. Каковы сроки диспансерного наблюдения
14. Составьте 2 ситуационные задачи по НДМП у детей.
15. Составьте 3 тестовых задания по НДМП у детей.
16. Составьте графологическую схему по теме «НДМП» по типу:



Тема 13: «Травма органов мочевыделительной системы у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриогенез почек, мочевого пузыря, уретры.
 2. Нормальная анатомия почек, мочевого пузыря, уретры.
 3. Нормальная физиология почек, мочевого пузыря, уретры.
 4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия почек, мочевого пузыря, уретры.
 5. Правила проведения пальпации почек у детей различных возрастных групп.
 6. Уход за детьми с урологической патологией.
2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Топографическую анатомию и физиологию органов моче- выделения • В каком возрасте чаще всего дети подвержены данному виду травмы • Классификация травм органов моче- выделения • Механизм травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры • Клинические проявления при различных видах и локализа- 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. ○ Детская урология. Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачев, 1986. ○ Детская хирургия. В 3 то- мах. Ашкрафт К.Ч., Хол- дет Т.М. – С-Пб.; Хардфорд. – 1996-98.

ции травматических повреждений

Диагностика

- Методику обследования при травме органов мочевого выделительного тракта у детей.
- применение лабораторных и инструментальных методов исследования.
- дифференциальную диагностику травматических повреждений органов мочевого выделительного тракта у детей.

Лечение

- Лечебная тактика при различных видах и локализациях травматических повреждений органов мочевого выделительного тракта
- Показания к хирургическим методам лечения
- Вид обезболивания.
- Оперативные доступы при повреждении почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры у детей.
- Объем оперативного вмешательства при различной степени повреждения
- Критерии оценки жизнеспособности органа.
- Осложнения при травме органов мочевого выделительного тракта
- Ведение больных в послеоперационном периоде.

Студент должен уметь

Сбор анамнеза

- Налаживание контакта с больным
- Получение необходимых сведений при выяснении обстоятельств травмы.
- Интерпретация анамнеза.

Объективное обследование

- Оценка общего состояния
- Осмотр поясничной области, живота, промежности
- Поверхностная и глубокая пальпация живота, поясничных областей.
- Выявление перитонеальных симптомов, наличия урогематомы
- Пальцевое ректальное исследование

Интерпретация данных исследования

- Оценка результатов общего анализа крови, мочи, оценка степени болевого шока, кровопотери, гематурии.
- Определение состояния органов мочевыводящей системы по данным УЗИ, обзорной и контрастной рентгенографии, эндоскопического исследования

Участие в лечении

- Определение плана лечения
- Назначение гемостатической терапии
- Определение объема предоперационной подготовки
- Ассистирование на операции
- Назначение послеоперационного лечения

- Основы детской урологии и нефрологии. С.Д.Голигорский 1973
- Детская нефрология. М.С.Игнатова Ю.Е.Вльищев. 1989.
- Диагностика урологических заболеваний у детей. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. – Ленинград. - 1984.
- Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003.
- Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998.

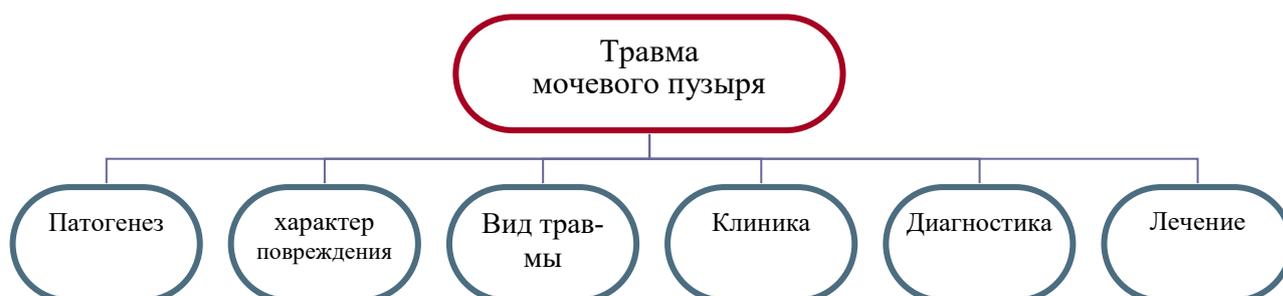
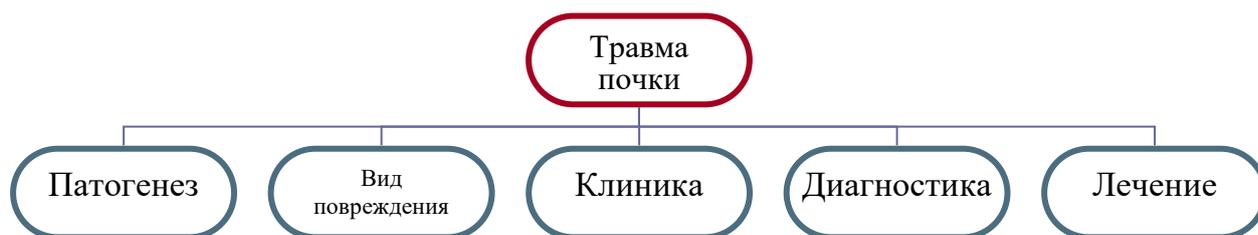
- 1) Приём больного с травматическими повреждениями почек, мочевого пузыря и уретры
- 2) Оформление истории болезни
- 3) Сбор анамнеза.
- 4) Объективный осмотр.
- 5) Интерпретация результатов исследования вместе с врачом.
- 6) Участие в предоперационной подготовке.
- 7) Ассистенция на операции.
- 8) Послеоперационное ведение больного, смена повязок, промывание дренажей.

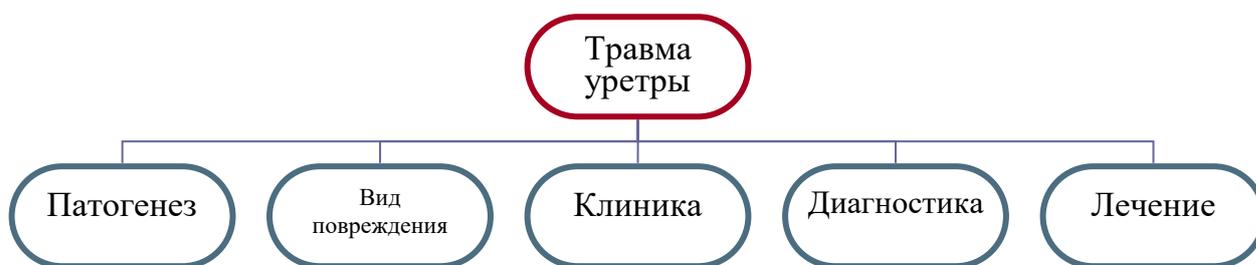
4. Задания.

1. Какой из органов мочевыводящей системы наиболее подвержен травме
2. Каков механизм повреждения почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры
3. Заполните таблицу «Объективное исследование при травме органов мочевого выделения»

Локализация травмы	механизм	локализация боли	шок болевой, гемор	урогематома	гематурия	перелом костей таза	другие симптомы
Повреждение почки							
Повреждение мочеточника							
Повреждение мочевого пузыря							
Разрыв уретры							

4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны при травме органов мочевого выделения различной локализации
5. Лечебная тактика в зависимости от вида и локализации травмы
6. Составьте 2 ситуационные задачи
7. Составьте 3 тестовых задания
8. Составьте графологические схемы:





Тема 14: «Воспалительные заболевания мочевых путей (пиелонефрит, цистит)»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия и физиология почек.
2. Нормальная анатомия и физиология мочевого пузыря.
3. Семиотика урологических заболеваний.
4. Техника пальпации почек и мочевого пузыря.
5. Методы урологического обследования.
6. Принципы лечения уросептиками и антибиотиками
7. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов мочевой системы.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности почек у детей. • Анатомо-физиологические особенности мочевого пузыря у детей. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Факторы, обуславливающие развитие пиелонефрита и цистита у детей. • Причины и виды обструкции в мочевыделительной системе • Микрофлора, участвующая в генезе пиелонефрита и цистита. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Пути попадания инфекции в почку и мочевой пузырь. • Характер морфологических изменений в почке и мочевом пузыре. • Характер нарушения гомеостаза. • Причины хронизации воспалительного процесса в почках. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина обструктивного пиелонефрита у детей. • Клиническая картина цистита у детей. • Клиническая картина осложнений пиелонефрита и цистита. • Признаки хронического пиелонефрита. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 5. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. 6. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. – М.: Медицина. - 1986. – 496 с. 7. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. Диагностика урологических заболеваний у детей. – Ленинград. - 1984.

<p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные лабораторных методов исследования мочи и крови. • Данные специальных методов исследования. • Диффдиагностика пиелонефрита и цистита. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Комплексное лечение пиелонефрита. • Комплексное лечение цистита. • Диспансерное наблюдение. 	
<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. • Пальпация почек в положении стоя. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов лабораторных методов исследования • Интерпретация данных УЗИ-исследования почек и мочевого пузыря. • Интерпретация данных урографии и цистографии. • Интерпретация данных цистоскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установка уретрального катетера. • Проведение цистографии. • Участие в назначении консервативного лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Барилов Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. – М.: Медицина. - 1986. – 496 с. 5. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. Диагностика урологических заболеваний у детей. – Ленинград. - 1984. 6. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. А.Ф.Дронов, А.И.Ленюшкин, Л.М.Кондратьева. – М., «Медицина», 1988.

3. Работа на дежурстве.

- 1) Приём больного с почечной коликой.
 - 2) Сбор анамнеза.
 - 3) Объективный осмотр.
 - 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
 - 5) Участие в проведении консервативных мероприятий.
 - 6) Написание истории болезни больного.
4. Назовите анатомические причины обструктивных уропатий.
 5. Назовите функциональные причины обструктивных уропатий.
 6. Перечислите формы воспаления в мочевом пузыре.
 7. Напишите примерные изменения в анализе мочи при пиелонефрите у детей.
 8. Напишите примерные изменения в биохимическом анализе крови и в пробе Нечипоренко при развитии почечной недостаточности.
 9. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с почечной коликой: Родителями –

Педиатром поликлиники –
 Врачом скорой помощи –
 Хирургом приёмного отделения –
 Хирургом хирургического отделения –

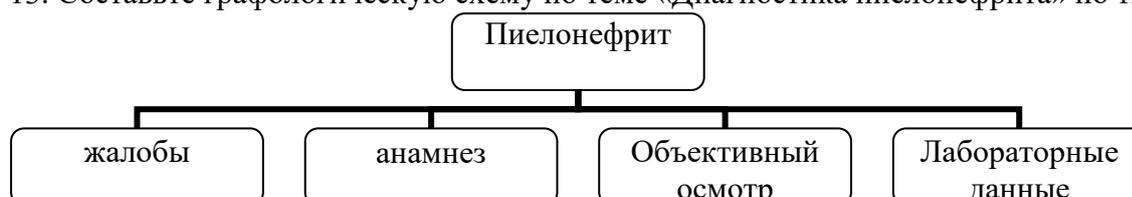
10. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз пиелонефрита и цистита»

Заболевание	анамнез	пальпация живота	дизурические симптомы	боль	температура тела	общий анализ мочи	другие симптомы
Пиелонефрит							
Цистит							

11. Составьте 2 ситуационные задачи.

12. Составьте 3 тестовых задания.

13. Составьте графологическую схему по теме «Диагностика пиелонефрита» по типу:



Тема 15: «Мочекаменная болезнь у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Нормальная анатомия и физиология почек.
2. Нормальная анатомия и физиология мочевого пузыря.
3. Семиотика урологических заболеваний.
4. Техника пальпации почек и мочевого пузыря.
5. Методы урологического обследования.
6. Принципы лечения уросептиками и антибиотиками
7. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов мочевой системы.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности почек у детей. • Анатомо-физиологические особенности мочевого пузыря у детей. • Особенности обмена веществ у детей <p><u>Этиопатогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Факторы, обуславливающие развитие мочекаменной болезни у детей. • Виды камней по составу. • Характер морфологических изменений в почке и мочевом пузыре. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Локальная симптоматика. • Общие симптомы. • Осложнения мочекаменной болезни. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 5. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. 6. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. – М.: Медицина. - 1986. – 496 с.

<p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные лабораторных методов исследования мочи и крови. • Данные специальных методов исследования. • Диффдиагностика мочекаменной болезни. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выбор метода лечения. • Консервативное лечение. • Оперативное лечение. 	<p>7. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. Диагностика урологических заболеваний у детей. – Ленинград. - 1984.</p>
<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. • Пальпация почек в положении стоя. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов лабораторных методов исследования • Интерпретация данных УЗИ-исследования почек и мочевого пузыря. • Интерпретация данных урографии и цистографии. • Интерпретация данных цистоскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установка уретрального катетера. • Проведение цистографии. • Участие в назначении консервативного лечения. • Ассистирование на операции. • Участие в назначении послеоперационного лечения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Детская урология. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. – М.: Медицина. - 1986. – 496 с. 5. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневский Е.А., Гусев Е.С. Диагностика урологических заболеваний у детей. – Ленинград. - 1984. 6. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. А.Ф.Дронов, А.И.Ленюшкин, Л.М.Кондратьева. – М., «Медицина», 1988.

3. Работа на дежурстве.

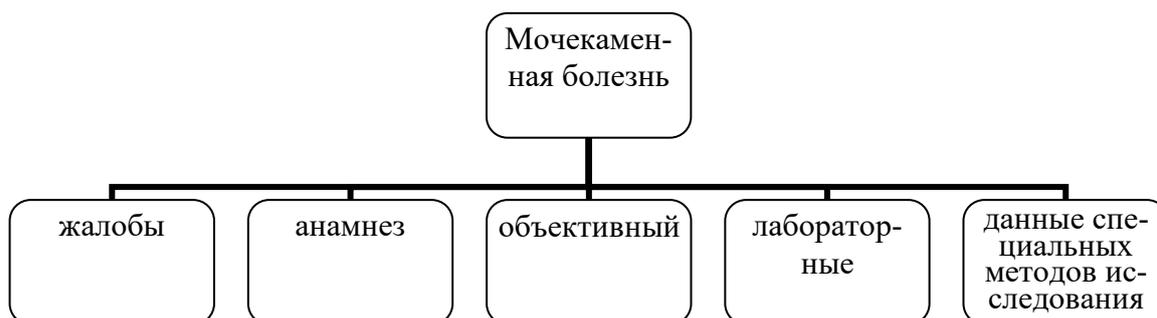
- 1) Приём больного с почечной коликой.
 - 2) Сбор анамнеза.
 - 3) Объективный осмотр.
 - 4) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
 - 5) Участие в проведении консервативных мероприятий.
 - 6) Написание истории болезни больного.
4. Какие дизурические симптомы возникают при почечной колике, возникшей вследствие обструкции почки камнем.
5. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с почечной коликой:
- Родителями –
- Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –
 Хирургом приёмного отделения –
 Хирургом хирургического отделения –

6. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз мочекаменной болезни»

Заболевание	анамнез	пальпация живота	дизурические симптомы	боль	температура тела	общий анализ мочи	общий анализ крови	другие симптомы
Пиелонефрит								
Гидронефроз								
Острый аппендицит								
Острый гломерулонефрит								

7. Лечение почечной колики.
8. Диетическое лечение и фитотерапия мочекаменной болезни.
9. Медикаментозное лечение мочекаменной болезни.
10. Как называются операции по извлечению камней из: 1) мочеиспускательного канала, 2) мочевого пузыря, 3) мочеточника, 4) почки.
11. Составьте 2 ситуационные задачи.
12. Составьте 3 тестовых задания.
13. Составьте графологическую схему по теме «Диагностика мочекаменной болезни у детей» по типу:



Тема 16: «Особенности травматических повреждений у детей».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Особенности химического состава кости у детей.
3. Виды и строение костей у детей.
4. Особенности кровоснабжения костей у детей.
5. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата.
6. Причины детского травматизма и меры его профилактики.
7. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений у детей.

8. Первая помощь при переломах костей у детей.
9. Налаживание контакта с ребенком.
10. Уход за детьми с травматическими повреждениями.
11. Основные принципы лечения повреждений опорно-двигательного аппарата

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды травматизма у детей. • Преобладание того или иного вида в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности строения и химического состава кости у детей. • Другие особенности детского организма, способствующие меньшей подверженности детей травматическим повреждениям. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Понятие механизма травмы. • Понятие обстоятельств травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях. • Типы костной мозоли и механизм ее образования. • Патогенез замедленной консолидации перелома и возникновения посттравматических ложных суставов. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Переломы костей, встречающиеся только в детском возрасте. • Пять достоверных клинических признаков перелома кости. • Особенности клинической картины поднадкостничного перелома. • Клиническая картина травматического вывиха у детей. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования в травматологии-ортопедии. • Особенности дифференциальной диагностики травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов и вывихов у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Леньюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егиазаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.

детей. Виды оперативных вмешательств.	
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформации конечности, нарушения взаимоотношения наружных костных ориентиров. • Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Аускультация суставов. • Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ • Оценка результатов общего анализа крови и мочи. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Местная анестезия: инфильтрационная и проводниковая. • Ассистенция при закрытой репозиции. • Ассистенция при скелетном вытяжении. • Ассистенция на операциях. • Ушивание операционной раны. • Наложение фиксирующих повязок. • Приготовление и наложение гипсовой лонгеты. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

3. Работа на дежурстве.

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

9. Наблюдения за больным после операции.
4. Какими анатомо-физиологическими особенностями детского организма объясняется:
1. Поднадкостничный перелом-
 2. Перелом по типу «зеленой веточки»-
 3. Эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз, апофизеолиз-
5. Назовите 3 основных принципа лечения переломов костей:
6. Только в детском возрасте встречаются:
- а. поднадкостничный перелом;
 - б. апофизеолиз;
 - в. вывих головки бедренной кости;
 - г. подвывих головки лучевой кости;
 - д. эпифизеолиз и остеоэпифизеолиз;
 - е. перелом шейки бедренной кости;
 - ж. перелом головки лучевой кости.

7. Клиническими признаками перелома являются:

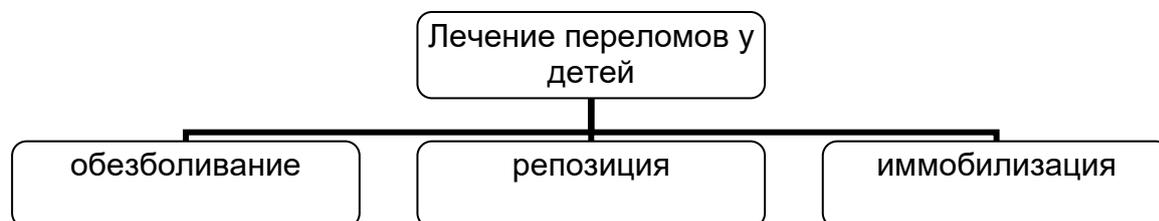
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений»:

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

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания.

1. Для клинической картины врожденной мышечной кривошеи характерны:
 - а. веретенообразное утолщение средней или нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
 - б. спастический паралич шейных мышц;
 - в. отставание в росте одной из грудино-ключично-сосцевидной мышц;
 - г. гипоплазия лицевого скелета;
 - д. высокое стояние надплечий, лопаток, сколиоз;
 - е. появление припухлости после резкого поворота головы.
2. Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей характерны:
 - а. боль;
 - б. патологическая подвижность;
 - в. крепитация;
 - г. потеря функции;
 - д. деформация;
 - е. отёк мягких тканей;
 - ж. гиперемия;
 - з. гематома мягких тканей.
3. Клиническими признаками перелома являются:

- а. нарушение функции;
 - б. выраженность сосудистого рисунка;
 - в. патологическая подвижность;
 - г. флюктуация;
 - д. локальная боль;
 - е. деформация;
 - ж. гиперемия кожи;
 - з. крепитация.
4. Для иммобилизации «свежих» переломов костей конечности у детей применяют:
- а. гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов;
 - б. гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава;
 - в. циркулярную гипсовую повязку;
 - г. лейкопластырное или скелетное вытяжение;
 - д. шину Томаса;
 - е. торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмену—Громову.
5. При лечении переломов костей у новорождённых применяют:
- а. повязку Дезо;
 - б. лейкопластырное вытяжение по Шеде;
 - в. интрамедуллярный остеосинтез;
 - г. повязку по Креде—Кеферу;
 - д. лейкопластырное вытяжение на функциональной шине;
 - е. закрытую репозицию с фиксацией в гипсовой лонгете;
 - ж. открытую репозицию.
6. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы после травмы обусловлена
- а. шоком и кровопотерей
 - б. тяжелой черепно-мозговой травмой
 - в. тромбоэмболией легочной артерии
 - г. жировой эмболией
7. Положительным качеством новокаиновой блокады при тяжелых множественных и сочетанных повреждениях является то, что она
- а. не вызывает снижения артериального давления
 - б. снижает температуру тела
 - в. обеспечивает длительное обезболивающее действие
 - г. ликвидирует боль, не маскируя клиническую картину
 - д. повышает центральное венозное давление
8. Рентгенологическое исследование позволяет выявить всю перечисленную патологию, кроме
- а. перелома или трещины костного органа
 - б. вывиха, подвывиха фрагмента сустава
 - в. костной опухоли
 - г. мягкотканной опухоли или гематомы
 - д. повреждения хрящевой ткани

Тема 17: «Повреждения верхней конечности».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Частота повреждений сегментов верхней конечности у детей• Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений верхней конечности.• Нормальную и топографическую анатомию верхней конечности. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Механизм травмы.• Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях.• Патогенез ранних и поздних осложнений, возникающих при повреждениях области локтевого сустава. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Клиническая картина переломов всех сегментов верхней конечности.• Клиническая картина ротационного подвывиха головки лучевой кости.• Клиническая картина травматического вывиха предплечья и перелома-вывихов предплечья. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Виды дополнительных методов обследования	<ul style="list-style-type: none">• Травматология детского возраста Баиров Г.А. - Л., 1976• Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998• Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И. Л., 1986• Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983.• Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г.• Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.• Травматология и ортопедия. Шпошников Ю.Г. - М., 1997.• Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990.• Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989.• Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989.• Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.

<p>при повреждениях верхней конечности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дифференциальная диагностики травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов и вывихов верхней конечности у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств. 	
<p>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</p>
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформации конечности, нарушения взаимоотношения наружных костных ориентиров, вынужденного положения конечности. • Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины верхней конечности. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Местная анестезия: инфильтрационная и проводниковая. • Ассистенция при закрытой репозиции. • Ассистенция при скелетном вытяжении. • Ассистенция на операциях. • Ушивание операционной раны. • Наложение фиксирующих повязок. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шпошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

- Приготовление и наложение гипсовой лонгеты.

3. Работа на дежурстве.

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

4. Дайте определение следующим анатомическим ориентирам:

1. Треугольник Гюнтера-
2. Признак Маркса-
3. Линия Гинзбурга-
4. Линия Смита-

5. Абсолютная длина верхней конечности определяется:

От _____ до _____

6. Относительная длина верхней конечности определяется:

От _____ до _____

7. Дайте определение:

1. Повреждение Монтеджи это-
2. Повреждение Галеацци это-

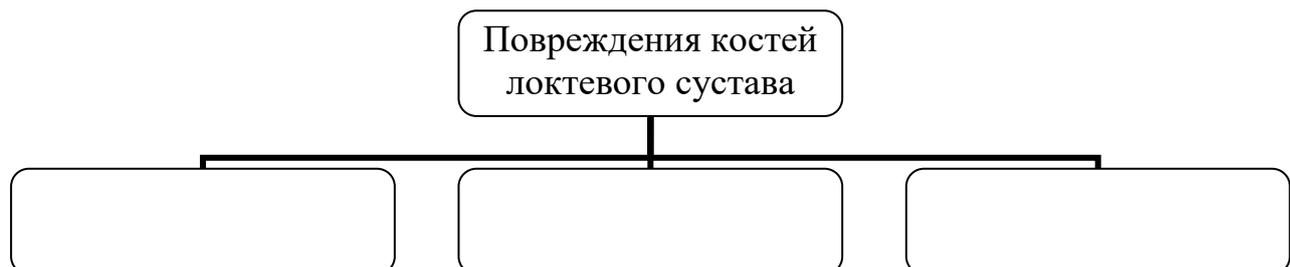
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений и заболеваний верхней конечности»:

Повреждение	Анамнез	Характер боли	Деформация	Крепость	Пат. подвижность	Объем движений	Местная Т-ра	Функция	Рентгенограмма	Клинич. анализы
Перелом										
Вывих										
Ушиб										
Осеомиелит										

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания

1. Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерны:

- а. патологическая подвижность;
 - б. крепитация;
 - в. резко болезненное ротационное движение предплечья;
 - г. отсутствие движения в локтевом суставе;
 - д. ограничение движения в локтевом суставе;
 - е. деформация локтевого сустава;
 - ж. в анамнезе — тракция за руку;
 - з. в анамнезе — падение на вытянутую руку.
2. Возможные осложнения при повреждении костей, образующих локтевой сустав:
- а. ишемическая контрактура Фолькманна;
 - б. варусная или вальгусная деформация;
 - в. деформация типа Маделунга;
 - г. контрактура локтевого сустава;
 - д. парез периферических нервов;
 - е. контрактура Дюпюитрена;
 - ж. псевдоартроз;
 - з. анкилоз.
3. Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании
- а) локальной боли
 - б) разлитой болезненности
 - в) усиления боли при осевой нагрузке
 - г) крепитации
 - д) правильно а) и в)
4. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости при транспортировке больного осуществляется
- а) шиной Крамера
 - б) отводящей шиной ЦИТО
 - в) повязкой Дезо
 - г) гипсовой повязкой по Вайнштейну
5. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение
- а) мягкой повязки Дезо
 - б) гипсовой повязки Дезо
 - в) шины Крамера
 - г) гипсовой повязки по Вайнштейну
 - д) торакобрахиальной гипсовой повязки
6. К неотложным мероприятиям при переломе дистального конца плечевой кости относятся
- а) новокаиновая блокада и наложение гипсовой повязки
 - б) наложение скелетного вытяжения
 - в) ручная репозиция перелома
 - г) введение антибиотиков
 - д) переливание кровезаменителей
7. К переломам локтевого сустава относятся
- а) перелом Мальгенья
 - б) перелом головчатого возвышения плечевой кости
 - в) перелом Монтеджа
 - г) перелом Галеацци
 - д) правильно а) и б)
8. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима
- а) повязка Дезо

- б) фиксация шиной Крамера
 - в) фиксация на шине ЦИТО
 - г) фиксация шиной Ситенко
 - д) торакобрахиальная повязка
9. При переломах шейки и головки лучевой кости повреждается ветвь
- а) лучевого нерва
 - б) локтевого нерва
 - в) срединного нерва
10. К диафизарным переломам костей предплечья относятся
- а) перелом Монтеджа
 - б) перелом Голеацци
 - в) перелом Мальгенья
 - г) все перечисленные
 - д) только а) и б)
11. При переломах лучевой кости в типичном месте в качестве иммобилизации используется
- а) тыльный гипсовый лангет
 - б) круговая гипсовая повязка до локтевого сустава
 - в) круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча
 - г) ладонный гипсовый лангет
 - д) тыльный и ладонный гипсовый лангет
12. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:
- а. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - б. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - в. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
 - г. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
 - д. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.
13. Выберите наиболее рациональный метод лечения закрытого косого перелома плеча в $\frac{1}{3}$ со смещением отломков по ширине и длине:
- а. закрытая ручная репозиция отломков, фиксация гипсовой лонгетой
 - б. лейкопластырное вытяжение на отводящей шине
 - в. скелетное вытяжение на отводящей шине, ЦИТО
 - г. интрамедуллярный остеосинтез
 - д. экстрамедуллярный остеосинтез
14. Какой вид смещения косых отломков характеризует закрытый сгибательный чрезмыщелковый перелом плеча:
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кпереди
 - в. смещение дистального отломка кзади
 - г. смещение дистального отломка по ширине
15. Какой вид смещения костных отломков характеризует закрытый разгибательный чрезмыщелковый перелом плеча?
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кпереди
 - в. смещение дистального отломка кзади
 - г. смещение дистального отломка по ширине
16. Какой вид смещения костных отломков характеризует аддукционный перелом хирургической шейки плеча?
- а. смещение отломка по периферии
 - б. смещение дистального отломка кнутри (угол открытый кнутри)

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

Тема 18: «Повреждения нижней конечности».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Частота повреждений сегментов нижней конечности у детей 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни у д

<ul style="list-style-type: none"> • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений нижней конечности. • Нормальную и топографическую анатомию нижней конечности. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в поврежденной кости и мягких тканях. • Патогенез повреждений коленного сустава и механизм возникновения посттравматических осложнений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина переломов всех сегментов нижней конечности. • Клиническая картина различных повреждений коленного сустава. • Клиническая картина травматического вывиха стопы и перелома-вывихов стопы. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при повреждениях нижней конечности. • Дифференциальная диагностика травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения переломов нижней конечности у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации поврежденных конечностей. • Показания к оперативному лечению переломов у детей. Виды оперативных вмешательств. 	<p>тей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998</p> <ul style="list-style-type: none"> • Руководство по детской полклинической хирургии. Л. Ньюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.- М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия Шапошников Ю.Г. - М., 1997 • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.

- Осмотр: определение наличия деформации конечности, нарушения взаимоотношения наружных костных ориентиров, вынужденного положения конечности.
- Пальпация конечности: определение местной температуры; очага боли.
- Приемы проведения осевой нагрузки.
- Определение патогномичных симптомов («прилипшей пятки» и т.д.).
- Антропометрия: определение окружности сегмента конечности; абсолютной и относительной длины нижней конечности.
- Определение наличия выпота в коленном суставе.
- Определение объема движений в суставах: активных и пассивных.
- Оценка состояния периферического кровообращения и иннервации.

Интерпретация результатов исследования

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

Участие в лечении

- Местная анестезия: инфильтрационная и проводниковая.
- Пункция коленного сустава.
- Ассистенция при закрытой репозиции.
- Ассистенция при скелетном вытяжении.
- Ассистенция на операциях.
- Ушивание операционной раны.
- Наложение фиксирующих повязок.
- Приготовление и наложение гипсовой лонгеты.

- Травматология и ортопедия Шапошников Ю.Г. - М., 1997
- Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

3. Работа на дежурстве.

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

4. Дайте определение следующим анатомическим ориентирам:

1. Линия Розера–Нелатона -
 2. Линия Шумахера -
5. Абсолютная длина нижней конечности измеряется:
от _____ до _____
6. Относительная длина нижней конечности измеряется:
от _____ до _____

7. Приведите классификацию переломов костей голени.

1. По локализации.

2. По характеру линии излома

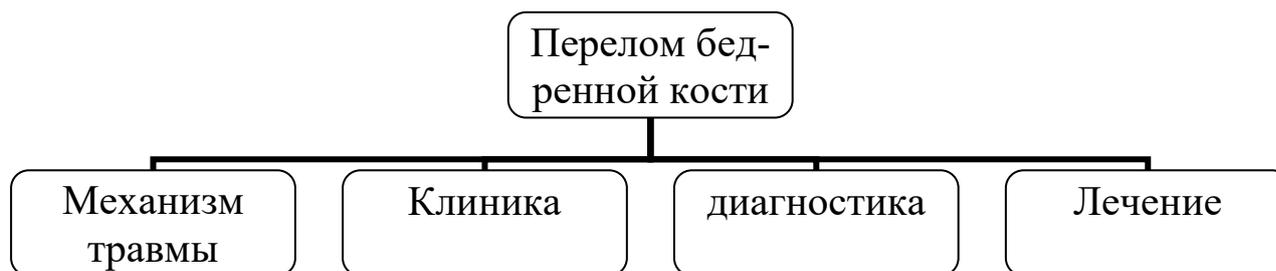
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений и заболеваний коленного сустава»:

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

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания

1. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является

- первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение гипсовой повязки
- первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения
- остеосинтез, если имеется материально-техническое обеспечение, подготовленные кадры
- наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки
- правильно в) и г)

2. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является
 - а. гипсовая повязка
 - б. скелетное вытяжение + гипсовая повязка
 - в. компрессионно-дистракционный метод
 - г. операция остеосинтеза
3. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают
 - а. за пяточную кость
 - б. за надлодыжечную область
 - в. за таранную кость
 - г. правильно а) и б)
4. Переломы костей голени без смещения отломков требуют
 - а. наложения гипсовой повязки
 - б. скелетного вытяжения
 - в. наложения компрессионно-дистракционного аппарата
 - г. хирургического лечения
 - д. функционального лечения
5. Причина несросшегося перелома диафиза бедра
 - а. смещение отломков
 - б. интерпозиция тканей между отломками
 - в. анатомо-физиологические особенности
 - г. ранняя нагрузка
 - д. все перечисленное
6. Имобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:
 - а) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - в) гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
 - г) гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
 - д) циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;
7. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:
 - а. открытое направление;
 - б. вытяжение по Шеде;
 - в. вытяжение по Блаунту;
 - г. вправление закрытое;
 - д. закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки.
8. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:
 - а. открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
 - б. одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
 - в. вытяжение по Шеде;
 - г. вытяжение по Блаунту;
 - д. лечения не требуется.
9. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются:
 - а. закрытых внутрисуставных переломов со смещением;

- б. закрытых диафизарных переломов 2 костей голени;
 - в. метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением;
 - г. закрытых переломов с. полным смещением;
 - д. всех видов переломов со смещением отломков.
10. Назовите закономерное смещение отломков при переломе бедра в верхней трети?
- а. проксимальный фрагмент приведен и согнут в тазобедренном суставе, дистальный отведен
 - б. проксимальный отломок отведен и разогнут, дистальный приведен
 - в. проксимальный отломок отведен и согнут в тазобедренном суставе, дистальный приведен
11. Назовите закономерное смещение дистального отломка при переломе бедра в нижней трети?
- а. отломок смещен кнутри
 - б. отломок смещен кзади
 - в. отломок смещен кнаружи
 - г. отломок смещен кпереди
12. Выберите рациональный способ лечения закрытого перелома бедра у детей:
- а. закрытая ручная репозиция с фиксацией гипсовой тазобедренной повязкой
 - б. открытая репозиция с фиксацией гипсовой тазобедренной повязкой
 - в. метод постоянного вытяжения
 - г. интрамедуллярный остеосинтез
 - д. экстрамедуллярный остеосинтез
13. Выберите рациональный способ лечения оскольчатого закрытого перелома обеих костей голени:
- а. закрытая ручная репозиция с наложением гипсовой повязки
 - б. открытая репозиция с наложением гипсовой повязки
 - в. закрытая репозиция с применением постоянного вытяжения
14. Назовите характерный признак эпифизолиза?
- а. перелом диафиза трубчатой кости
 - б. перелом метафиза трубчатой кости
 - в. перелом по ростковой зоне
 - г. перелом эпифиза трубчатой кости

Тема 19: «Повреждения таза и позвоночника»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
Эпидемиология	• Травматология детского

<ul style="list-style-type: none"> • Частота повреждений таза и позвоночника у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений позвоночника и таза. • Нормальную и топографическую анатомию позвоночника и таза. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез повреждений таза и позвоночника и механизм возникновения посттравматических осложнений. • Патогенез травматического шока. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина переломов позвоночника. • Клиническая картина различных повреждений таза. • Клиническая картина ротационного подвывиха атланта. • Клиническая картина травматического шока. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при переломах позвоночника. • Виды дополнительных методов обследования при переломах таза и возможных повреждениях тазовых органов. • Данные лабораторных и специальных методов обследования при травматическом шоке. • Дифференциальная диагностики травматических повреждений позвоночника у детей. • Дифференциальная диагностики травматических повреждений таза. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы противошоковой терапии. • Основные принципы лечения переломов позвоночника у детей. • Основные принципы лечения повреждений таза у детей. • Виды анестезии. • Методы репозиции отломков. • Способы иммобилизации. • Показания к оперативному лечению. 	<p>возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егиазаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.-

<p>травмы (механизм и обстоятельства травмы).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформаций, нарушения осанки, походки. • Пальпация: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Определение патогномичных симптомов (Вернеля, «прилипшей пятки» и т.д.). • Антропометрия: определение; относительного укорочения нижней конечности. • Определение наличия выпота полости брюшной полости. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ • Общеклинических анализов. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Местная анестезия: проводниковая анестезия по Школьникову - Селиванову. • Наложение вытяжения за подмышечные ляжки. • Укладка больного в «положении лягушки». • Ассистенция при скелетном вытяжении за бедренную кость. • Укладка больного на гамак. 	<p>М., 19678.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия Шапошников Ю.Г. - М 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989
---	--

3. Работа на дежурстве.

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

4. Компрессионный перелом тел грудных позвонков характеризуется:

- а. Симптомом Тренделенбурга;
- б. Посттравматическим апноэ;

- в. Болью и ограничением движений в области повреждённых позвонков;
- г. Иррадиирующими опоясывающими болями;
- д. Сколиотической деформацией позвоночника;
- е. Наличием мышечного валика в области травмы;
- ж. Положительным симптомом Кернига;
- з. Положительным френикус-симптомом.

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

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

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

7. Какие повреждения позвоночника произойдут при следующих механизмах травмы:

- сгибательно-компрессионный-
- разгибательный-
- сгибательно-разгибательный-
- вертикально-компрессионный-
- ротационный-
- ротационно-сгибательный-

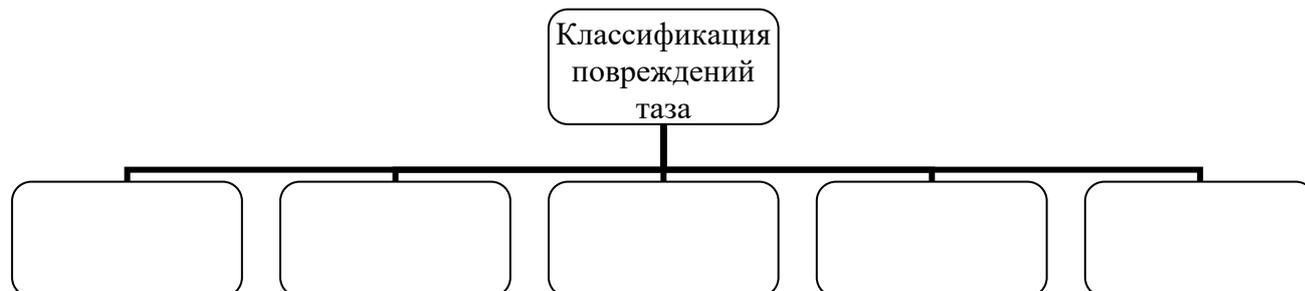
8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений и заболеваний позвоночника»:

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

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания

1. Компрессионный перелом тел грудных позвонков характеризуется:
 - а. симптомом Тренделенбурга;

- б. посттравматическим апноэ;
 - в. болью и ограничением движений в области повреждённых позвонков;
 - г. иррадиирующими опоясывающими болями;
 - д. сколиотической деформацией позвоночника;
 - е. наличием мышечного валика в области травмы;
 - ж. положительным симптомом Кернига;
 - з. положительным френикус-симптомом.
2. Не является признаком переломов костей таза
- а. симптом "прилипшей пятки"
 - б. симптом "Волковича" - положение "лягушки"
 - в. симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности
 - г. симптом Лоррея - боли при разведении крыльев таза
 - д. симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза
3. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на перечисленных ниже признаках, кроме
- а. снижения высоты тела позвонка
 - б. изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
 - в. состояния и нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
 - г. степени смещения межпозвонкового диска
 - д. наличия гематомы в мягких тканях у тела позвонка
4. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяется
- а. лечение и профилактика травматического шока
 - б. восполнение потерянной при травме крови
 - в. раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
 - г. репозиция смещенных отломков таза
 - д. профилактика и лечение возникающих осложнений
5. При переломах костей таза чаще всего повреждаются
- а. простата у мужчин и яичники у женщин
 - б. уретра (простатическая ее часть)
 - в. дистальная часть мочеиспускательного канала
 - г. мочевого пузыря
 - д. влагалище у женщин и половой член у мужчин
6. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:
- а. наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону;
 - б. поворот головы в сторону «подвывиха»;
 - в. ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди;
 - г. полный объем движений.
7. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в
- а. шейном отделе;
 - б. верхне-грудном отделе;
 - в. средне-грудном отделе;
 - г. нижне-грудном отделе;
 - д. поясничном отделе.
8. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:
- а. на грудь;
 - б. на спину;
 - в. на ягодицы;
 - г. на ноги;
 - д. на голову.

9. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место:
 - а. локальная болезненность, деформация;
 - б. болезненность при осевой нагрузке;
 - в. локальная болезненность, затрудненное дыхание;
 - г. болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
 - д. нарушение функции тазовых органов.
10. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:
 - а. функциональный метод лечения {вытяжение, ЛФК, массаж};
 - б. с помощью корсетов;
 - в. оперативное лечение;
 - г. одномоментную реклинацию +корсет;
 - д. не требует лечения;
11. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатый переломом поясничного позвонка:
 - а. на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;
 - б. на спине с выпрямленными конечностями;
 - в. на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
 - г. на боку с выпрямленными конечностями;
 - д. нет типичных позиций.
12. Симптом «прилипшей пятки» характерен:
 - а. для перелома крыла подвздошной кости;
 - б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
 - в. для перелома горизонтальной ветви лонной кости;
 - г. для отрыва передне-верхней ости;
 - д. для отрыва передне-нижней ости.
13. Вынужденное положение «лягушки» характерно:
 - а. при переломе обеих лонных и седалищных костей;
 - б. при отрывном переломе передне-верхней ости;
 - в. при переломе тазового кольца;
 - г. при разрыве крестцово-подвздошного сочленения;
 - д. при отрывном переломе апофиза седалищного бугра.
14. При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного:
 - а. сдавить и приподнять таз с помощью «гамачка», укрепленного на балканской раме;
 - б. положение «лягушки» на горизонтальной плоскости;
 - в. скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости;
 - г. скелетное вытяжение за обе из нижних конечностей по горизонтальной плоскости;
 - д. не требует специальной укладки.
15. Симптом «заднего шага» характерен:
 - а. для перелома крыла подвздошной кости;
 - б. для разрыва симфиза;
 - в. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
 - г. отрыва передне-нижней ости;
 - д. отрыва передней верхней ости.
16. Целостность тазового кольца не страдает при переломе:
 - а. лонной и седалищной костей в диагональном варианте;

- б. переднего полукольца;
 - в. заднего отдела полукольца;
 - г. крестцово-подвздошного сочленения;
 - д. Мальгения.
17. Целостность тазового кольца нарушена:
- а. при переломе лонной кости
 - б. при переломе седалищной кости
 - в. при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза
 - г. при отрыве бугра седалищной кости
 - д. при краевых переломах подвздошной кости
18. Оптимальный объем противошокового комплекса при переломах таза включает:
- а. внутримышечное введение наркотиков, переливание жидкостей;
 - б. фиксацию на щите с выпрямленными ногами, введение новокаина в область перелома;
 - в. фиксацию на щите в положении «лягушки», внутритазовую блокаду по Школьникову-СелИванову, инфузионную терапию, гемотрансфузию;
 - г. внутривенное введение наркотиков, массивную трансфузион-ную терапию;
 - д. лечебный наркоз без иммобилизации.

Тема 20: «Черепно-мозговая травма»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

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

<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота черепно-мозговой травмы у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности черепно-мозговой травме. • Нормальную и топографическую анатомию головы. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патологические процессы, протекающие в нервной ткани при травме. • Особенности патогенеза ЧМТ у детей <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Особенности клинической картины ЧМТ различной степени тяжести у детей разного возраста <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при черепно-мозговой травмы. • Дифференциальная диагностика черепно-мозговой травмы у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы противошоковой терапии. • Основные принципы лечения черепно-мозговой травмы различной степени тяжести у детей. • Показания к оперативному лечению. 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
<p>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</p>
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным и его родителями. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформаций, экстракраниальной гематомы, асимметрии лица. • Пальпация: определение местной температуры; очага боли. • Приемы диагностики общемозговой и очаго- 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

<p>вой симптоматики.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка состояния периферической иннервации и кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, ангиографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ. • Оценка анализа ликвора. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения при черепно-мозговой травме различной степени тяжести у детей. • Ассистенция при оперативном лечении ЧМТ. 	
--	--

3. Работа на дежурстве.

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

4. Сформулируйте диагноз согласно классификации черепно-мозговой травмы.

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

5. Подберите каждому симптому соответствующую нозологическую единицу.

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

6. Определите тактику лечения ребенка с СГМ:

- Госпитализация в отделение реанимации.
- Консервативная дегидратационная терапия.
- Оперативное лечение.
- Антибактериальная терапия.
- Гемостатическая терапия.

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

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

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

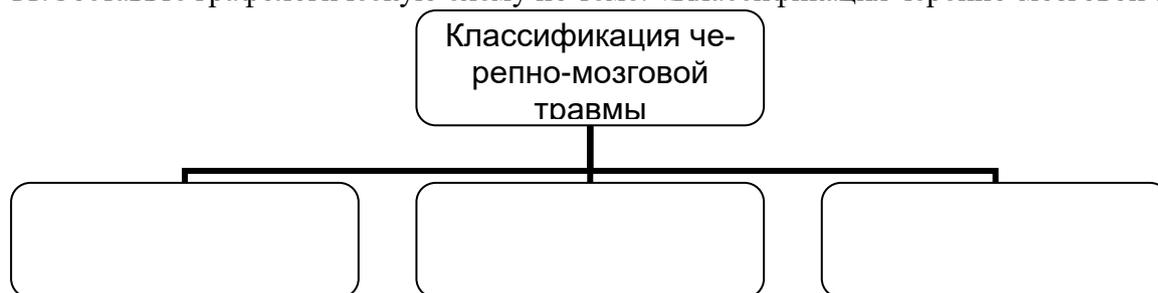
Повреж	Патогне-	Потеря со-	Ретроградная	Общемоз-	Очаговые	Наличие	Менинги-
--------	----------	------------	--------------	----------	----------	---------	----------

знание	нетиче-ские фак-торы	знания	амнезия	ГОВЫЕ СИМПТОМЫ	СИМПТО-МЫ	СВЕТЛОГО пром-ка	альные СИМПТОМЫ
СГМ							
Ушиб ГМ.							
Субарахн. кровоиз-ие							
Внутричер. гематома							

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания

1. Характерным для перелома основания черепа признаком является
 - а. наличие рвано-ушибленной раны
 - б. бессознательное состояние больного
 - в. истечение крови и жидкости из ушного прохода
 - г. жалобы на сильную головную боль
 - д. кровоподтеки в области шеи
2. Для сотрясения головного мозга характерны:
 - а. ретроградная амнезия;
 - б. наличие «светлого промежутка»;
 - в. потеря сознания;
 - г. головная боль;
 - д. рвота;
 - е. гемипарез или гемиплегия;
 - ж. анизокория;
 - з. клонико-тонические судороги.
3. Для ушиба головного мозга характерны:
 - а. ретроградная амнезия;
 - б. наличие «светлого промежутка»;
 - в. потеря сознания;
 - г. головная боль;
 - д. рвота;
 - е. гемипарез или гемиплегия;
 - ж. очаговая неврологическая симптоматика;
 - з. брадикардия или тахикардия;
 - и. клонико-тонические судороги.
4. Для эпидуральной гематомы характерны:
 - а. экстракраниальная гематома;
 - б. кровотечение по задней стенке глотки;
 - в. симптом «очков»;
 - г. анизокория;

- д. наличие «светлого промежутка»;
 - е. гемипарез;
 - ж. судороги.
5. При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечается:
- а. взбухание большого родничка;
 - б. экстракраниальная гематома;
 - в. нозальная ликворея;
 - г. боль при пальпации области повреждения;
 - д. вдавление по типу «целлулоидного мячика»;
 - е. оскольчатый вдавленный перелом;
 - ж. перелом костей свода черепа по типу трещин.
6. Для установления диагноза черепно-мозговой травмы у детей применяются исследования:
- а. эхоэнцефалография;
 - б. люмбальная пункция;
 - в. спириметрия;
 - г. ангиография;
 - д. офтальмоскопия;
 - е. радиоизотопное исследование;
 - ж. КТ, МРТ.
7. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая
- а. головную боль (как "обручем стягивает" голову)
 - б. головную боль, которая заметно усиливается при движении глазных яблок
 - в. положительный симптом Брудзинского
 - г. возможное проявление делириозного состояния
 - д. гемипарез
8. При сотрясении головного мозга у детей показаны:
- а. наблюдение и лечение амбулаторное;
 - б. антибактериальная терапия;
 - в. постельный режим;
 - г. дегидратация, седативная терапия и витаминотерапия;
 - д. санация ликвора люмбальной пункцией;
 - е. гипербарическая оксигенация;
 - ж. гемостатическая терапия.
9. Для клинической картины субдуральной гематомы характерны все следующие симптомы, исключая
- а. светлый промежуток
 - б. нарастающую мозговую гипертензию
 - в. двустороннюю пирамидную недостаточность
 - г. гомолатеральный гемипарез
 - д. смещение при ЭхоЭГ-исследовании Ме-эхо в здоровую сторону
10. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является
- а. кровотечение из носа
 - б. потеря сознания
 - в. головная боль
 - г. эпилептические припадки
 - д. головокружение, нистагм
11. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
- а. перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;

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

Тема 21: «Ожоги и отморожения и детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия и гистология кожи, подкожно - жирового слоя, слизистых оболочек.
2. Кровоснабжение кожи.
3. Анатомо - физиологические особенности детской кожи, подкожно - жирового слоя.
4. Классификация ожогов по этиологии.
5. Причины, приводящие к ожогам и отморожениям у детей и меры их профилактики.
6. Особенности клиники и диагностики термических повреждений детей.
7. Первая помощь при термической травме у детей.
8. Налаживание контакта с ребенком.
9. Уход за детьми с термической травмой.
10. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

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

<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота термической травмы у детей • Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности термической травмы. • Особенности гистологии покровных тканей у детей. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Механизм травмы. • Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии высоких температур. • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии низких температур. • Патофизиологические процессы, протекающие в клетках покровных тканей при воздействии химических веществ и электричества. • Патогенез ожоговой болезни. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация ожогов. • Классификация ожоговой болезни. • Классификация отморожений. • Особенности клинической картины термической травмы различной степени тяжести у детей разного возраста. • Клиническая картина ожоговой болезни и ее особенности у детей. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при термической травме. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы противошоковой терапии. • Основные принципы лечения ожоговой травмы различной степени тяжести у детей. • Основные принципы лечения отморожений различной степени тяжести у детей. • Показания к оперативному лечению. 	<ul style="list-style-type: none"> • Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976 • Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998 • Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986 • Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983. • Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997. • Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
<p>Студент должен уметь</p>	<p>Литература</p>
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным и его родителями. • Получение необходимых сведений при 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синель-

<p>сборе анамнеза жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение степени ожога или отморожения. • Определение площади повреждения различными способами. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов лабораторных методов исследования. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения ожоговой болезни в различных стадиях. • Местное лечение при ожогах. • Местное и общее лечение отморожений. • Ассистенция при оперативном лечении термической травмы. ЧМТ. 	<p>ников А.С.- М., 19678.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989
--	---

3. Работа на дежурстве.

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

4. Установите правильную последовательность:

В течении ожоговой болезни различают следующие фазы;

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

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

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

6. Отёчность	
7. Явления ожогового шока	

6. Определите тактику первой помощи при глубоких степенях отморожения
- Растирание снегом, шерстью;
 - Погружение в тёплую воду;
 - Наложение термоизолирующей повязки;
 - Введение сосудорасширяющих средств;
 - Футлярная новокаиновая блокада;
 - Наложение масляно-бальзамической повязки после растирания.
7. Каковы патогенетические механизмы отморожения:
8. Что из перечисленного является основным компонентом терапии у детей при:
- Ожогового шока.
 - Второй стадии ожоговой болезни
 - Третьей стадии ожоговой болезни.
 - Назначение обезболивающих средств;
 - Инфузионная терапия, направленная на компенсацию патологических потерь жидкости;
 - Инфузионная дезинтоксикационная терапия;
 - Введение антигистаминных средств и ингибиторов протеолиза.
 - Назначение больших доз антибактериальных препаратов.
 - Назначение стероидных гормонов.
9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
10. Составьте 3 тестовых задания по теме.
11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация ожогов по этиологии».



12. Решите тестовые задания
- Площадь ожоговых ран у детей следует определять с помощью
 - правила девяток
 - скиц Г.Д.Вилявина
 - коэффициентов Н.Н.Блохина
 - скиц Лунда и Броудера
 - верно 1, 2
 - верно 2, 3
 - верно 3, 4
 - верно 1, 3
 - верно 1, 4
 - В течении ожоговой болезни различают следующие фазы:
 - острая токсемия;
 - септикопиемия;
 - ожоговый шок;
 - реконвалесценция.
 - Для ожога I степени характерны:
 - гиперемия кожи в области поражений;
 - образование пузырей с серозной жидкостью;

- в. выраженная болезненность;
 - г. отёчность;
 - д. потеря функции;
 - е. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;
 - ж. явления ожогового шока.
4. Для ожога III степени характерны:
- а. гиперемия кожи в области поражений;
 - б. выраженная болезненность;
 - в. отёчность;
 - г. потеря функции;
 - д. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;
 - е. явления ожогового шока;
 - ж. поражение фасций, сухожилий и мышц.
5. Для ожога IV степени характерны:
- а. выраженная болезненность;
 - б. отёчность;
 - в. потеря функции;
 - г. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы;
 - д. явления ожогового шока;
 - е. поражение фасций, сухожилий и мышц;
 - ж. обугливание тканей.
6. Для определения площади ожога у детей применяют таблицы и схемы:
- а. Ланда и Броудера;
 - б. Постникова;
 - в. Уоллеса (правило «девяток»);
 - г. Беркоу;
 - д. Вейденфельда;
 - е. Вилявина;
 - ж. Дигби;
 - з. Хильгенрайнера.
7. При термических ожогах IIIA степени в обязательном порядке повреждается
- а. весь сетчатый слой кожи
 - б. частично органеллы кожи эпителиального характера
 - в. сосочковый слой
 - г. частично подкожно-жировая клетчатка
 - д. правильно б) и в)
8. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится
- а. к закрытию раны спиртовой повязкой
 - б. к наложению на обожжённую конечность повязки с мазью А.В.Вишневского
 - в. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
 - г. возможно все перечисленное
 - д. ничего из перечисленного
9. При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:
- а. растирании снегом, шерстью;
 - б. погружении в тёплую воду;
 - в. наложении термоизолирующей повязки;
 - г. введении сосудорасширяющих средств;
 - д. футлярной новокаиновой блокаде;
 - е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания.

Тема 22: «Травматические повреждения органов грудной клетки и брюшной полости».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия грудной полости.
2. Анатомия брюшной полости.
3. Особенности детского кровоснабжения грудной и брюшной полости.
4. Причины, приводящие к повреждениям органов грудной и брюшной полости.
5. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений органов грудной и брюшной полости.
6. Первая помощь при травмах органов грудной и брюшной полости детей.
7. Налаживание контакта с ребенком.
8. Уход за детьми с повреждениями органов грудной и брюшной полости у детей.
9. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Частота повреждений органов грудной и брюшной полости.• Преобладание того или иного вида травмы в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Анатомо-физиологические особенности детского организма, обуславливающие особенности повреждений органов грудной клетки и брюшной полости.• Нормальную и топографическую анатомию органов грудной клетки и брюшной полости. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Механизм травмы.• Обстоятельства травмы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях грудной клетки.• Патологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях	<ul style="list-style-type: none">• Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976• Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998• Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986• Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983.• Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г.• Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.• Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. - М., 1997.• Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990.

<p>паренхиматозных органов брюшной полости.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиологические процессы, происходящие в детском организме при повреждениях полых органов брюшной полости. • Патогенез травматического шока. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация повреждений грудной клетки. • Классификация повреждений органов брюшной полости. • Клиническая картина повреждений грудной клетки. • Клиническая картина повреждения полых органов брюшной полости. • Клиническая картина повреждения паренхиматозных органов брюшной полости. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды дополнительных методов обследования при повреждениях органов грудной клетки и брюшной полости. • Дифференциальная диагностика травматических повреждений у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы лечения повреждений грудной клетки. • Основные принципы лечения повреждений полых органов брюшной полости. • Основные принципы лечения повреждений паренхиматозных органов брюшной полости. • Основные принципы противошоковой терапии. • Виды анестезии. • Показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств. 	<ul style="list-style-type: none"> • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989. • Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989. • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза травмы (механизм и обстоятельства травмы). • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение вынужденного положения больного, наличие ран, ссадин, кровоподтеков на кожных покровах грудной клетки и живота. • Контроль ЧД, ЧСС, АД. • Пальпация, перкуссия и аускультация грудной клетки и брюшной полости. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шпошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

<ul style="list-style-type: none"> • Определение патогномичных симптомов. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, УЗИ, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов клинических и биохимических анализов <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Составление плана медикаментозного лечения травматического шока. • Предоперационная подготовка больного • Пункция плевральной полости. • Ассистенция на операциях. • Ушивание операционной раны. 	
---	--

3. Работа на дежурстве.

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

4. Используя приведенные симптомы заполните таблицу:

Повреждение полого органа брюшной полости	Повреждение паренхиматозного органа брюшной полости

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

5. Дайте клиническую характеристику плевропульмональному шоку:
6. Основным патогенетическим синдромом повреждения:
 1. Плого органа брюшной полости является _____
 2. Паренхиматозного органа брюшной полости является _____
7. При и подозрение на травму органов грудной клетки необходимы следующие дополнительные методы обследования:

8. При и подозрение на травму органов брюшной полости необходимы следующие дополнительные методы обследования:
9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
10. Составьте 3 тестовых задания по теме.
11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация повреждений грудной клетки».



12. Решите тестовые задания

1. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:
 - А) спленэктомия;
 - Б) попытку ушивания дефекта;
 - В) перевязку селезеночной артерии;
 - Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
 - Д) спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки.

2. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:
 - А) спленэктомия
 - Б) попытку ушивания дефекта
 - В) перевязку селезеночной артерии ;
 - Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенки
 - Д) спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

3. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
 - А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;
 - В) с лапароскопии;
 - Г) с лапароцентеза;
 - Д) с внутривенной урографии.

4. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:
 - А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
 - В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.

5. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение, подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, ревизия;
 - В) лапароскопия, длительный дренаж;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
6. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;
 - В) с лапароцентеза;
 - Г) с лапароскопии;
 - Д) с внутривенной урографии.
7. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В) установку длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомию;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
8. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;
 - В) лапаротомия;
 - Г) наблюдение;
 - Д) консервативная терапия.
9. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:
- А) лапароскопия;
 - Б) лапароцентез;
 - В) лапаротомия;
 - Г) ультразвуковое исследование;
 - Д) наблюдение.
10. У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является:
- А) радикальная операция;
 - Б) торакоскопия;
 - В) плевральная пункция;
 - Г) дренирование с активной аспирацией;
 - Д) дренирование по Бюлау.
11. Для закрытой травмы живота с повреждением полого органа характерны:
- а. укорочение перкуторного звука в отлогих местах;
 - б. выраженные симптомы раздражения брюшины;
 - в. симптом «ваньки-встаньки»;
 - г. наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически;

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

- ж. Компьютерная томография
 - з. Лапароцентез, лапароскопия
 - и. Общий анализ мочи
 - к. Электрокардиография
18. Какими из перечисленных особенностей характеризуется разрыв поджелудочной железы?
- а. Болями по всему животу
 - б. Опоясывающими болями
 - в. Однократной рвотой
 - г. Многократной рвотой
 - д. Резким напряжением мышц живота
 - е. Отсутствием напряжения мышц живота
 - ж. Повышением активности диастазы в моче
 - з. Резким падением эритроцитов и гемоглобина в крови
19. В чем заключаются особенности повреждения паренхиматозных органов брюшной полости при родовой травме?
- а. Преимущественным повреждением селезенки
 - б. Преимущественным повреждением печени
 - в. Преимущественным повреждением поджелудочной железы
 - г. Клиникой двухмоментного разрыва
 - д. Возможностью разрыва надпочечников
 - е. Частым сочетанием с повреждением почек
 - ж. Частым сочетанием с переломом нижних ребер
20. Какова тактика лечения при точно установленном разрыве капсулы и паренхимы печени и селезенки?
- а. Срочная операция без предоперационной подготовки
 - б. Предоперационная подготовка в течение 3-4 часов – для компенсации кровопотери
 - в. Выжидательная тактика в надежде на самостоятельную остановку кровотечения
21. Какой оперативный прием применяется чаще всего при разрыве селезенки?
- а. Удаление органа
 - б. Резекция органа
 - в. Ушивание разрыва
22. Какой оперативный прием применяется чаще всего при разрыве печени?
- а. Удаление органа
 - б. Резекция органа
 - в. Ушивание разрыва
23. Какой основной клинический синдром характеризует закрытые повреждения полых органов?
- а. Синдром перитонита
 - б. Дизурический синдром
 - в. Печеночно-почечная недостаточность
 - г. Сердечно-сосудистая недостаточность
 - д. Синдром внутреннего кровотечения
24. Какие общие клинические признаки характеризуют повреждения полых органов брюшной полости?
- а. Первичный обморок
 - б. Головокружение
 - в. Рвота съеденной пищей в момент травмы
 - г. Повторяющаяся рвота желчью
 - д. Рвота кровью

- е. Бледность кожных покровов
 - ж. Тахикардия
 - з. Укорочение перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
 - и. Исчезновение печеночной тупости
 - к. Снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина в крови
 - л. Доскообразное напряжение мышц брюшной стенки
 - м. Положительные симптомы раздражения брюшины
25. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики повреждений полых органов брюшной полости?
- а. Рентгенография брюшной полости в положении лежа
 - б. Рентгенография брюшной полости в вертикальном положении
 - в. Рентгеноскопия грудной клетки
 - г. Исследование красной крови
 - д. Исследование белой крови
 - е. УЗИ
 - ж. Компьютерная томография
 - з. Лапароцентез, лапароскопия
 - и. Общий анализ мочи
 - к. Электрокардиография

Тема 23: «Врожденный вывих бедра. Кривошея, косолапость».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомия шеи, стопы и таза.
2. Особенности детского сухожильно-связочного аппарата голеностопного и тазобедренного суставов.
3. Эмбриогенез опорно-двигательной системы.
4. Причины, приводящие порокам развития опорно-двигательного аппарата.
5. Особенности клиники и диагностики ортопедических заболеваний у детей.
6. Налаживание контакта с ребенком.
7. Уход за детьми с ортопедическими заболеваниями.
8. Основные принципы лечения.

2. Определение целей занятия.

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

Эпидемиология

- Частота врожденного вывиха, косолапости и кривошеи.
- Преобладание того или иного заболевания в зависимости от пола ребенка.

Анатомия и физиология

- Анатомо-физиологические особенности детского опорно-двигательного аппарата.
- Нормальную и топографическую анатомию тазобедренного сустава, стопы, голени и шеи.

Этиология

- Этиология врожденного вывиха бедра.
- Этиология врожденной мышечной кривошеи.
- Этиология врожденной косолапости.

Патогенез

- Патогенез врожденного вывиха бедра и механизм возникновения осложнений.
- Патогенез врожденной мышечной кривошеи.
- Патогенез врожденной косолапости.

Клиника

- Клиническая картина врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп.
- Клиническая картина врожденной мышечной кривошеи.
- Клиническая картина врожденной косолапости.

Диагностика

- Виды дополнительных методов обследования при врожденном вывихе бедра у детей различных возрастных групп.
- Виды дополнительных методов обследования при врожденной мышечной кривошеи.
- Виды дополнительных методов обследования при врожденной косолапости.
- Дифференциальная диагностика врожденного вывиха бедра.
- Дифференциальная диагностика врожденной мышечной кривошеи.
- Дифференциальная диагностика врожденной косолапости.

Лечение

- Основные принципы консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
- Основные принципы консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи у детей различных возрастных групп. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
- Основные принципы консервативного лечения врожденной косолапости. Показания к опера-

- Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976
- Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998
- Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986
- Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983.
- Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г.
- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.
- Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997.
- Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990.
- Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989.
- Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989.
- Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.

тивному лечению. Виды операций.	
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным и его родителями. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформаций, нарушения осанки, походки. • Пальпация: определение наличия местной температуры; очага боли. • Определение патогномичных симптомов. • Антропометрия: определение абсолютного и относительного укорочения нижней конечности, а также ее отдельных сегментов. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, артрографии, КТ и ЯМРТ. • Оценка результатов УЗИ <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наложение шины Виленского, подушки Фрейка. • Ассистенция при закрытом вправлении врожденного вывиха бедра и наложении этапных гипсовых повязок. • Ассистенция при наложении вытяжения (лейкопластырного или скелетного). • Укладка больного в положении гиперкоррекции головы, наложение фиксирующих повязок на шею или различных видов головодержателей. • Бинтование стоп по Финку-Эттингену. • Наложение этапных гипсовых повязок на голени и стопы. • Ассистенция на операциях. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шпошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическим повреждением.
2. Сбор анамнеза.
3. Объективное обследование.
4. Интерпретация рентгенограмм.
5. Участие в закрытой репозиции, вправлении вывиха или подвывиха.

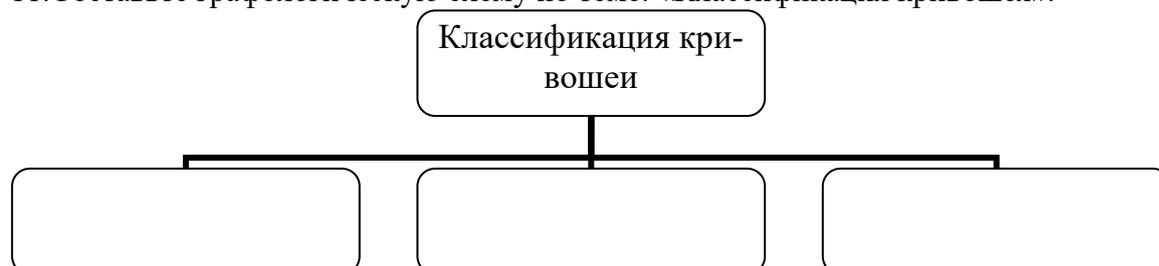
6. Ассистенция на операциях: ПХО, скелетном вытяжении и открытой репозиции.
 7. Наложение фиксирующих повязок.
 8. Оформление истории болезни.
 9. Наблюдения за ортопедическими больным после операции или наложения фиксирующей повязки.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать врожденную мышечную кривошею:
5. Перечислите все методы лечения врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп.

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

6. Из каких элементов деформации стопы складывается врожденная косолапость:
7. Рентгенологические симптомы врождённого вывиха бедра:
- Смещение головки бедренной кости выше линии Келлера и кнаружи от линии Омбредана;
 - Шеечно-диафизарный угол $< 100^\circ$;
 - Увеличение ацетабулярного индекса;
 - Уменьшение ацетабулярного индекса;
 - Отрицательный угол Виберга;
 - Искривление дуги Шентона;
 - Непрерывная дуга Кальве;
 - Головка бедренной кости проецируется на крыло подвздошной кости
8. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика заболеваний тазобедренного сустава».

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

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
10. Составьте 3 тестовых задания по теме.
11. Составьте графологическую схему по теме: «Классификация кривошеи».



12. Решите тестовые задания

1. Что является причиной появления косолапости?
 - 1) Порок первичной закладки.
 - 2) Внутриутробная травма,
 - 3) Родовая-травма.
 - 4) Дисплазия.
 - 5) Внутриутробный полиомиелит
2. Основные симптомы косолапости?
 - 1) Эквинус стопы
 - 2) Экскаватус стопы
 - 3) Вальгус стопы
 - 4) Варус стопы
 - 5) Супинация стопы
 - 6) Приведение переднего отдела стопы
3. Какие изменения наблюдаются в нижних конечностях (голени, коленные суставы) при косолапости
 - 1) Ротация голени кнаружи.
 - 2) Ротация голени кнутри
 - 3) Атрофия мышц голени.
 - 4) Рекурвация в коленных суставах,
 - 5) Сгибательные контрактуры в коленных суставах.
4. Характерная походка больных с врожденной косолапостью?
 - 1) не хромает
 - 2) хромает.
 - 3) ходит переступая "нога за ногу"
 - 4) наступает на всю стопу.
 - 5) наступает на внутренний край стопы.
 - 6) наступает на наружный край стопы.
 - 7) имеется натоптыш на передне-наружном отделе стопы.
5. Когда начинать лечение больных
 - 1) с первого дня рождения.
 - 2) как только заживет пупок
 - 3) через месяц после рождения.
 - 4) с 6-месячного возраста
 - 5) после года
 - 6) после 3 лет.
6. В чем заключается консервативное лечение косолапости
 - 1) мягкое бинтование,
 - 2) лечебная гимнастика
 - 3) массаж.
 - 4) редрессация
 - 5) гипсовые повязки.
7. До какого возраста следует лечить больных с косолапостью консервативно
 - 1) до 6 месяцев.
 - 2) до года.
 - 3) до 2,5-3 лет.
 - 4) до 5 летнего возраста.
8. Какие методы включает в себя послеоперационная реабилитация больных
 - 1) Лечебная гимнастика.
 - 2) Массаж.
 - 3) Теплые ванны

- 4) Физиотерапевтическое лечение
 - 5) Механотерапия.
9. В чем заключается лечебное протезирование
- 1) Ортопедический аппарат.
 - 2) Ортопедическая обувь.
 - 3) Обычная обувь.
 - 4) Тутор.
10. Какая теория этиологии врожденного вывиха бедра наиболее обоснованы
- 1) воспалительная
 - 2) травматическая
 - 3) диспластическая
11. У лиц какого пола наиболее часто встречается врожденный вывих бедра?
- 1) мужского
 - 2) женского.
12. Какой ранний признак врожденного вывиха бедра наиболее патогномичен у новорожденного
- 1) Укорочение конечности.
 - 2) Асимметрия кожных складок
 - 3) Симптом соскальзывания.
 - 4) Ограничение отведения бедер.
13. Какая из схем рентгенологической диагностики наиболее приемлема у новорожденных
- 1) Схема Омбредана.
 - 2) Схема Рейнберга .
 - 3) Схема Хильгенрейнера.
14. Какой из рентгенологических признаков характерен для врожденного вывиха бедра у детей первого полугодия жизни
- 1) Деформация головки.
 - 2) Ацетабулярный индекс.
 - 3) Угол Виберга.
15. В каком возрасте следует начинать лечение врожденного вывиха бедра
- 1) в период новорожденности
 - 2) после исчезновения физиологического гипертонуса
 - 3) во 2 полугодии жизни
16. Какой из методов является ведущим в лечении врожденного вывиха бедра у детей после 3 лет
- 1) консервативный
 - 2) оперативный.
17. Какое осложнение закрытого вправления вывиха бедра встречается наиболее часто?
- 1) перелом бедра
 - 2) повреждения седалищного нерва
 - 3) асептический некроз головки бедра

Тема 24: «Деформации позвоночника»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Частота аномалий развития и заболеваний позвоночника у детей• Преобладание того или иного вида патологии в зависимости от возраста. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Анатомо-физиологические особенности детского позвоночника, этапы развития изгибов позвоночника.• Нормальную и топографическую анатомию позвоночника. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Этиология врожденных деформаций позвоночника.• Этиология приобретенных деформаций позвоночника. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Патогенез появления деформаций позвоночника и механизм возникновения осложнений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Классификация деформаций позвоночника.• Клиническая картина деформации позвоночника в сагиттальной плоскости.• Клиническая картина деформации позвоночника во фронтальной плоскости. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Виды дополнительных методов обследования при патологии позвоночника.	<ul style="list-style-type: none">• Травматология детского возраста. Баиров Г.А. - Л., 1976• Хирургические болезни у детей. Исаков Ю.Ф.- М., 1998• Руководство по детской поликлинической хирургии. Ленюшкин А.И.- Л., 1986• Ортопедия и травматология детского возраста. Волков М.В., Тер-Егизаров Г.М.-М., 1983.• Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г.• Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.• Травматология и ортопедия. Шапошников Ю.Г. – М., 1997.• Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С. – М., 1990.• Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989.• Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е.- М., 1989.

<ul style="list-style-type: none"> • Методы определения степени нарушения осанки. • Методика рентгенографического исследования. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы консервативной терапии. • Показания к оперативному лечению заболеваний позвоночника. • Основные принципы оперативного лечения. • Виды операций 	<ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторная травматология. Дубров Я.Г.- М., 1986.
Студент должен уметь	Литература
<p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Интерпретация анамнеза <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния. • Осмотр: определение наличия деформаций, нарушения осанки, походки. • Пальпация: определение местной температуры; очага боли. • Приемы проведения осевой нагрузки. • Определение патогномичных симптомов. • Антропометрия: определение наличия относительного и абсолютного укорочения нижней конечности. • Определение объема движений в суставах: активных и пассивных. • Оценка состояния иннервации и периферического кровообращения. <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Интерпретация результатов рентгенографии, КТ и ЯМРТ. • Определение степени деформации методом Кобба и Фергюсона. • Определение стабильности деформации (индекса стабильности). • Интерпретация результатов обследования функции внешнего дыхания. • Интерпретация результатов обследования сердечно-сосудистой системы. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Наложение вытяжения за подмышечные лямки. • Надевание на больного различных ортопедических приспособлений: реклинаторов, корсетов, корректоров осанки. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий уход за детьми: Учебное пособие.-3-е изд., перераб. и доп.-М., 1998. • Атлас анатомии человека. Синельников А.С.- М., 19678. • Общая хирургия. Детская оперативная хирургия. Под ред. В.Д. Тихомировой.- М., 2001 г. • Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. • Травматология и ортопедия. Шпошников Ю.Г. - М., 1997. • Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М., 1989

3. Работа на дежурстве.

1. Прием больного с травматическим повреждением.
2. Сбор анамнеза.

3. Объективное обследование.
 4. Интерпретация рентгенограмм.
 5. Участие в закрытой репозиции, вправлении вывиха или подвывиха.
 6. Ассистенция на операциях: ПХО, скелетном вытяжении и открытой репозиции.
 7. Наложение фиксирующих повязок.
 8. Оформление истории болезни.
 9. Наблюдения за ортопедическими больным после операции или наложения фиксирующей повязки.
4. Перечислите основные принципы оперативного лечения деформаций позвоночника:
 5. Перечислите все методы дополнительного обследования при идиопатическом сколиозе III – VI степени:
 6. Распределите перечисленные ниже симптомы на 2 группы - на характерные и не характерные для сколиоза позвоночника у детей.

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

7. Восстановите логические соотношения:

Врожденный сколиоз → _____

Диспластический сколиоз → _____

Приобретенный сколиоз → _____

Идиопатический сколиоз → _____

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

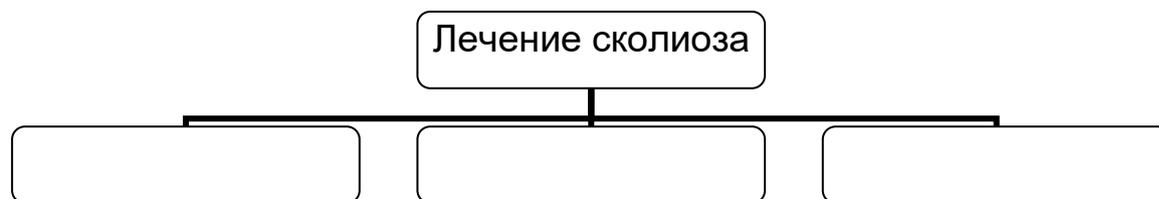
8. Заполните таблицу «Классификация сколиоза»:

По этиологии	По протяженности и стороне	По локализации	По степени тяжести

9. Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

10. Составьте 3 тестовых задания по теме.

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



12. Решите тестовые задания

1. Какая деформация позвоночника характерна для сколиоза?
 - а) лордоз
 - б) кифоз
 - в) торсия позвонков
 - г) боковое искривление

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

Тема 25: «Болевой абдоминальный синдром – дифференциальный диагноз при остром животе»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Норм. и пат. анатомия кишечника.
2. Норм. и пат. физиология кишечника.
3. Правила проведения поверхностной пальпации живота.
4. Правила проведения глубокой пальпации живота.
5. Особенности объективного обследования у детей.
6. Лабораторные исследования состояния органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
7. Специальные методы исследования состояния органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Особенности абдоминального синдрома у детей.• Особенности абдоминального синдрома при остром аппендиците.• Особенности абдоминального синдрома при кишечной непроходимости.• Особенности абдоминального синдрома при почечной колике.• Особенности абдоминального синдрома при остром холецистите.• Особенности абдоминального синдрома при остром панкреатите.• Особенности абдоминального синдрома при дивертикулите Меккеля.• Особенности абдоминального синдрома при кишечной инфекции.• Особенности абдоминального синдрома при диплококковом перитоните.• Особенности абдоминального синдрома при пневмонии.• Особенности данных лабораторных и специальных методов исследования при различных заболеваниях живота. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Данные лабораторных методов исследования при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.• Данные специальных методов исследования при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Тактика лечения острого аппендицита, кишечной непроходимости, кишечной инфекции, почечной колики, острого холецистита, острого панкреатита, дивертикулита Меккеля, диплококкового перитонита.	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.2. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II.3. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983.4. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986.5. Детская хирургия. Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.6. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998.7. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.8. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988.

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
- Поверхностная пальпация живота.
- Глубокая пальпация живота.
- Выявление перитонеальных симптомов.
- Осмотр больного во сне.
- Пальцевое ректальное исследование.

Интерпретация результатов исследований

- Оценка результатов лабораторных методов исследования.
- Оценка результатов рентгенологического исследования.
- Оценка результатов эндоскопического исследования.

1. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - , С-Пб.: Питер, 2003.
2. Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачёв «Детская урология» (Руководство), Москва, 1986 год.
3. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.
4. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. - М.: Медицина. 1998.
5. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.
6. Тошовски Вацлав Острые процессы в брюшной полости у детей. - Прага: Авиценум. - 1987. - 471 стр.
7. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. - М.: ГЭОТАР-МЕД. - 2002.

3. Работа на дежурстве.

- 9) Приём больного с острым аппендицитом.
 - 10) Сбор анамнеза.
 - 11) Объективный осмотр.
 - 12) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
 - 13) Проведение дифференциального диагноза острого аппендицита.
 - 14) Ассистенция на операции.
 - 15) Послеоперационное ведение больного.
 - 16) Написание истории болезни больного с острым аппендицитом.
4. Что понимается под термином «острый живот»?
5. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с острым аппендицитом.
6. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с кишечной непроходимостью.
7. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с кишечной инфекцией.
8. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с острым холециститом.
9. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с острым панкреатитом.
10. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с диплококковым перитонитом.
11. Перечислите особенности жалоб и болевые симптомы у больных с пневмонией.
6. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при остром аппендиците у детей
-
7. Какие факторы могут привести к ошибкам в диагностике на различных этапах у больного с «острым животом»:
- Родителями —
 - Педиатром поликлиники —
 - Врачом скорой помощи —
 - Хирургом приёмного отделения —
 - Хирургом хирургического отделения —

8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз «острого живота»

Заболевание	Начало	Боль	Тошнота, рвота	Стул	Температура тела	Изменения в общем анализе крови	Другие симптомы
Острый аппендицит							
Почечная колика							
Воспаление лёгких							
Кишечная непроходимость							
Острый панкреатит							
Острый холецистит							
Диплококковый перитонит							
Дивертикулит Меккеля							
Кишечная инфекция							

9. Ситуационные задачи.

Задача № 1

Мальчик 10 лет доставлен скорой помощью с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, высокую температуру - 38,8° и однократную рвоту. Заболел 6 часов назад. Заболевание началось с подъема температуры, через 2 часа появились схваткообразные боли в животе. Была однократная рвота. 2 года назад произведена аппендэктомия по поводу катарального аппендицита.

Ваш предварительный диагноз и план обследования?

Задача № 2

Девочка 5 лет доставлена в приемное отделение я с жалобами на схваткообразную боль в животе, двукратную рвоту. Заболела 8 часов назад, когда появились боли в животе, но быстро прошли и через 1 час живот заболел вновь. Стул был после первого приступа болей оформленный. 6 месяцев назад оперирована по поводу деструктивного "гнойного" аппендицита.

1. Предварительный диагноз? 2. План обследования?

Задача № 3

В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром - жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 38,7°, тахикардия. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области, здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей. 0 каком заболевании идет речь?

Задача № 4

Ребенок 2-х лет доставлен в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит. При попытке осмотреть его ребенок кричит, сопротивляется осмотру» Не дает к себе дотронуться. Что делать?

Задача № 5

Какие изменения можно обнаружить при рентгенологическом исследовании детей с перитонитом?

Задача № 6

У ребенка 6 лет, поступившего в приемное отделение родители отмечают 3-х кратную рвоту и боли в животе, повышение температуры до 38,6°.

Что нужно уточнить для предположения о заболевании, т.е. для более конкретного предположения о диагнозе?

Задача № 7

У мальчика 5 месяцев внезапно появилось беспокойство, плачет, сучит ножками. Была однократная рвота. Через некоторое время вновь повторился подобный приступ. К моменту поступления в стационар прошло 6 часов. Живот не вздут, мягкий во всех отделах. В правой половине живота пальпируется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, был скудный стул с примесью крови. При пальцевом ректальном исследовании на пальце также кровь.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. План лечения?

9. Составьте 2 ситуационные задачи по дифференциальной диагностике «острого живота» у детей.

10. Составьте 3 тестовых задания по дифференциальной диагностике «острого живота» у детей.

11. Составьте графологическую схему по теме «Болевой абдоминальный синдром» по типу:



Тема 26: «Перитонит аппендикулярный. Перитонит первичный. Перитонит у новорожденных».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Типичное расположение червеобразного отростка по отношению к брюшной стенке.
2. Кровоснабжение червеобразного отростка.
3. Строение и функция червеобразного отростка.
4. Пути проникновения инфекции при первичном перитоните.
5. Пути проникновения инфекции при перитоните новорожденных.
6. Налаживание контакта с ребенком.
7. Сбор анамнеза.
8. Осмотр новорожденного ребенка.
9. Техника аппендэктомии. Лапаротомия.

2. Определение целей занятия.

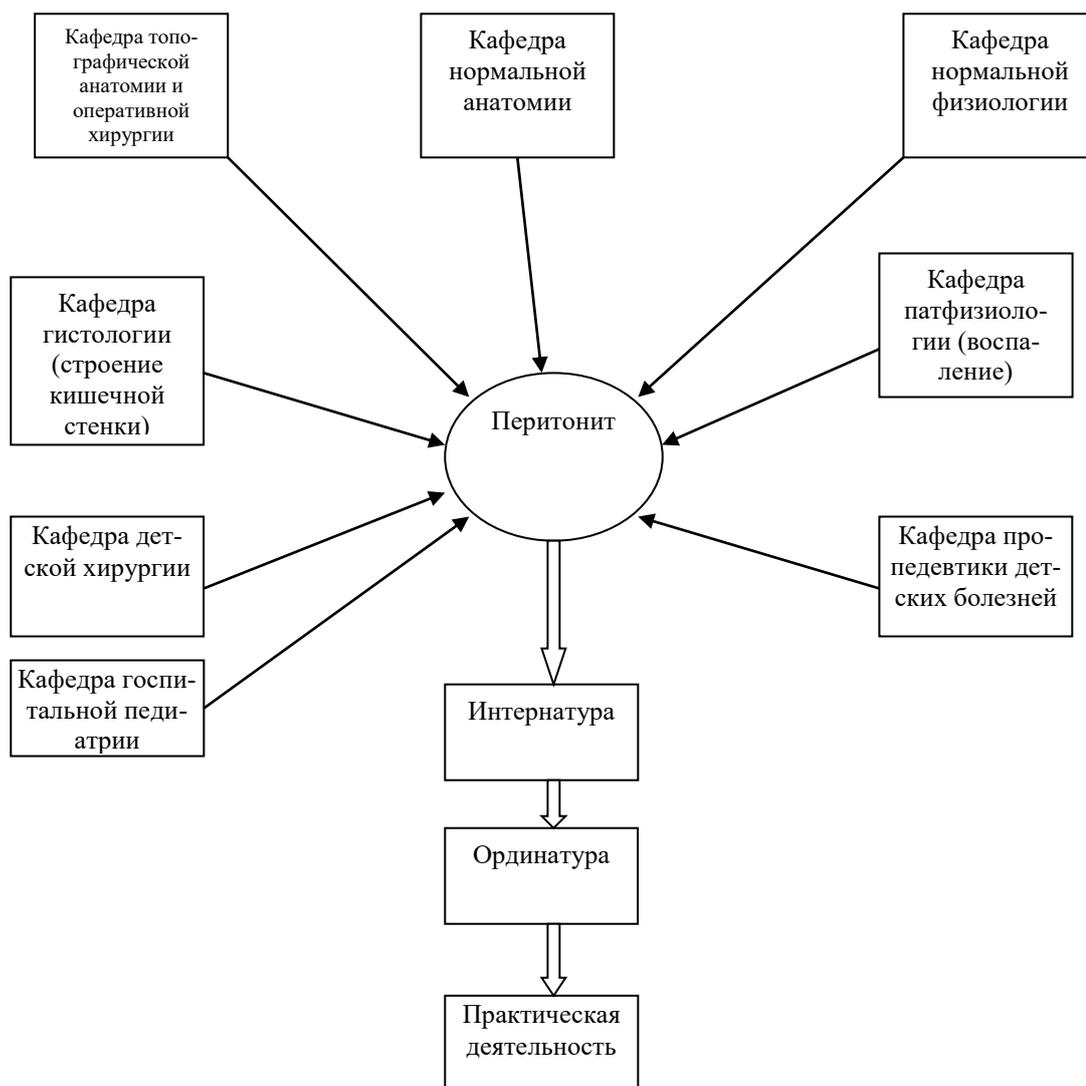
Студент должен знать	Литература
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none">• Распространенность аппендицита	- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004.

<ul style="list-style-type: none"> • Распространенность первичного перитонита. Какие дети чаще болеют. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности илеоцекальной области и брюшной полости • Варианты расположения аппендикса • Особенности нижних половых путей у девочек допубертатного возраста <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы для возникновения первичного перитонита • Предрасполагающие факторы для возникновения перитонита новорожденных • Микрофлора, наиболее часто вызывающая воспаление <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез развития первичного перитонита • Характер нарушений гомеостаза <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита у детей. • Классификация перитонита по степени распространения • Особенности течения первичного перитонита • Особенности клиники перитонита новорожденных • Особенности клиники аппендикулярного перитонита у детей раннего возраста <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные физикального обследования при аппендикулярном перитоните • Данные физикального обследования при первичном перитоните • Данные физикального обследования при перитоните новорожденных • Специальные методы обследования, лабораторная картина • Особенности дифференциальной диагностики <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание • Оперативные доступы • Техника аппендэктомии • Виды аппендэктомии • Дренирование брюшной полости • Послеоперационное лечение 	<p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>- Острый аппендицит у детей раннего возраста. Степанов Э.А., Дронов А.Ф., М. 1974.</p> <p>- Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб, 1997.</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>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным 	<p>- Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. –</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Получение сведений при сборе анамнеза жизни • Получение сведений при сборе пренатального анамнеза • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Пальпация живота • Выявление перитонеальных симптомов • Осмотр больного во сне. • Пальпация живота новорожденного <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования новорожденного • Оценка результатов общего анализа крови <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки • Ассистенция на операции аппендэктомии • Ушивание раны брюшной стенки • Назначение послеоперационного лечения 	<p>М. 2004.</p> <p>-Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983.</p> <p>-Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997.</p> <p>- Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991.</p> <p>- Острый аппендицит у детей раннего возраста. Степанов Э.А., Дронов А.Ф., М. 1974.</p> <p>- Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб, 1997.</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>
--	---

Работа на дежурстве

- a. Прием больного с острым аппендицитом
 - b. Сбор анамнеза
 - c. Объективный осмотр
 - d. Интерпретация рентгенологических данных вместе с врачом
 - e. Участие в предоперационной подготовке
 - f. Ассистенция на операции
 - g. Послеоперационные назначения
 - h. Написание врачебной истории болезни
4. Схема интегративных связей по теме «Перитонит аппендикулярный. Перитонит первичный. Перитонит у новорожденных»

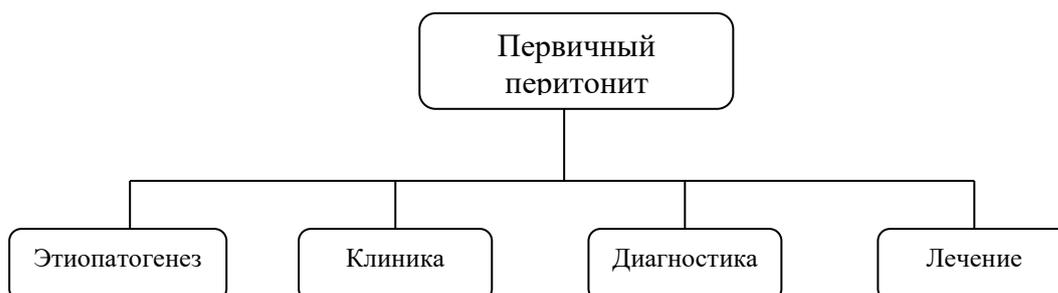


5. Охарактеризуйте морфологические изменения в червеобразном отростке при гангренозном аппендиците
6. При пальпации живота у новорожденного признаки перитонита
7. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при перитоните.
8. Ошибки в диагностике острого аппендицита:
 Родителями -
 Педиатром -
 Врачом скорой помощи -
 Хирургом стационара -
9. Заполните таблицу: «Дифференциальная диагностика различных видов перитонита»

	Начало	Температура тела	Боль	Рвота	Напряжение мышц брюшной стенки	Изменения в общем анализе крови	Другие симптомы
Аппендикулярный							
Первичный							
Новорожденных							

10. Составление 2 ситуационных задач.
11. Составление 3 тестов.

12. Составьте графологическую схему по теме «Первичный перитонит» по типу:



Тема 27: «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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 11. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. 3. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 4. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 5. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. Запруднов А.М., Григорьев А.И., Дронов А.Ф.– Москва. - 1998. 6. Абдоминальная хирургия у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. – М.: Медицина. - 1988. – 415 с. 7. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II.

<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. 	<p>8. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003.</p>
<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. 	<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.

<ul style="list-style-type: none"> • Назначение послеоперационного лечения. 	
--	--

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. анализе 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 2 ситуационные задачи.

11. Составьте 3 тестовых задания.

12. Составьте графологическую схему по теме «Портальная гипертензия у детей» по типу:



Тема 28: Желудочно-кишечные кровотечения у детей.

I. Цель занятия: углубление и приобретение знаний и практических навыков диагностики, дифференциальной диагностики и лечения при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) у детей.

II. Порядок самостоятельной работы интерна по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

III. 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.

IV. Целевые задачи:

Студент должен знать:

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.

Студент должен уметь:

1. Определить степень тяжести кровопотери.
2. Провести дифференциальную диагностику уровня кровотечения.

Литература:

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.

<ol style="list-style-type: none"> 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>дом «ГОЭТАР-Мед» 2004.</p> <p>5. И.Андреев, И.Воптаров, Х.Михов, А. Ангелов. Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней. Мед и Физк София 1981.</p>
--	---

V. 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 вне печеночной 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.

11. Составьте клиническую задачу: у ребенка в стуле алая кровь.

Тема 29: «Врождённая кишечная непроходимость. Врождённый пилоростеноз»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Эмбриология кишечника.
 2. Анатомия кишечника.
 3. Физиология кишечника.
 4. Диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.
 5. Оперативные вмешательства на кишечнике.
 6. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Распространённость врождённой кишечной непроходимости.• Распространённость врождённого пилоростеноза.• Распределение больных по полу, по сопутствующим порокам и др. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Эмбриологические этапы формирования кишечника.• Анатомо-физиологические особенности кишечника у детей.• Патологическая анатомия врождённой кишечной непроходимости.• Строение пилоро-дуоденальной зоны. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Пороки развития, обуславливающие развитие кишечной непроходимости.• Предрасполагающие факторы. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Характер морфо-функциональных изменений при высокой кишечной непроходимости.• Характер морфо-функциональных изменений при низкой кишечной непроходимости.• Нарушения гомеостаза при врождённой кишечной непроходимости. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Клиническая картина высокой непроходимости.• Клиническая картина низкой непроходимости.• Клиническая картина мекониального илеуса.• Клиническая картина врождённого пилоростеноза. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Данные лабораторных методов исследования.• Данные рентгенологического метода исследования.• Данные эндоскопического методов исследования.• Дифференциальный диагноз кишечной непроходимости.• Дифференциальный диагноз врождённого пилоро-	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах.2. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983.3. 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. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988.

<p>стеноза.</p> <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоперационная подготовка при низкой и высокой кишечной непроходимости. • Предоперационная подготовка при раннем и позднем поступлении • Оперативный доступ при кишечной непроходимости. • Оперативный доступ при пилоростенозе • Оперативные вмешательства при пороках развития, обусловивших непроходимость. • Операция Фреде-Рамштедта. <p>Послеоперационное ведение.</p> <p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение необходимых сведений при сборе акушерского анамнеза. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Аускультация и перкуссия живота. • Оценка рвотных масс. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов лабораторных методов исследования. • Интерпретация обзорных рентгенограмм живота. • Интерпретация контрастных рентгенограмм живота. • Оценка результатов эндоскопического исследования. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах. 2. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 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. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988. 7. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998.
---	--

3. Работа на дежурстве.

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

- 6) Ассистенция на операции.
- 7) Послеоперационное ведение больного.
- 8) Написание истории болезни больного с врождённой кишечной непроходимостью, пилоростенозом.

5. Укажите пороки развития, обуславливающие врождённую кишечную непроходимость по группам:

- 1) Пороки развития кишечной трубки -
- 2) Пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне -
- 3) Пороки развития кишечной стенки -
- 4) Пороки, приводящие к обтурации просвета кишки вязким меконием -
- 5) Пороки поворота и фиксации брыжейки -

6. Что называется «средней кишкой»?

7. Какие пороки развития включает в себя синдром Ледда?

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

- Родителями –
- Педиатром поликлиники –
- Врачом скорой помощи –
- Хирургом приёмного отделения –
- Хирургом хирургического отделения –

9. Заполните таблицу «Врождённой кишечной непроходимости»

Заболевание	начало	рвота	стул	живот при осмотре	поведение, состояние	рентгенологические данные	другие симптомы
Пилороспазм							
Пилоростеноз							
Родовая церебральная травма							
Динамическая непроходимость							
Желудочно-пищеводный рефлюкс							
Адреногенитальный синдром							

10. Ситуационные задачи и тестовые задания.

Задача

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 8—12 нед, срочных родов, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8—9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью жёлчи. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни — стул скудными порциями.

К 5-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, потерял в массе тела 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, с мраморностью, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в минуту. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено 60 мл застойного содержимого, окрашенного жёлчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Задача

Ребёнок родился в срок с массой тела 2800 г. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил.

При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребёнка 2600 г.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача

Ребёнок родился в срок с массой тела 2500 г. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил.

При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка тяжёлое, он вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, с частотой до 130 в минуту. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребёнка 2200 г.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача

Ребёнок родился в срок с массой тела 3200 г. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное.

На 3-й сутки состояние ребёнка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с жёлчью. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, с частотой до 120 в минуту. Живот запавший, умеренно напряжённый, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Масса тела ребёнка 3000 г.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Тесты

Укажите все правильные ответы.

Врождённая высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой жёлчью, зеленью;
- б. рвотой кишечным содержимым;
- в. запавшего живота;
- г. болезненного живота;
- д. в прямой кишке — слизистые пробки;
- е. в прямой кишке — слизь с кровью.

Врождённая высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой жёлчью, зеленью;
- б. рвотой кишечным содержимым;
- в. запавшего живота;
- г. болезненного живота;
- д. в прямой кишке — слизистые пробки;
- е. в прямой кишке — слизь с кровью.

Врождённая низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой жёлчью, зеленью;
- б. рвотой кишечным содержимым;
- в. запавшим животом;
- г. болезненным животом;
- д. в прямой кишке — слизистые пробки;
- е. в прямой кишке — слизь с кровью.

Врождённая низкая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой жёлчью, зеленью;
- б. рвотой кишечным содержимым;

- в. запавшим животом;
 г. болезненный живот;
 д. в прямой кишке — слизистые пробки;
 е. в прямой кишке — слизь с кровью.
11. Составьте 4 ситуационные задачи по врождённой кишечной непроходимости, врожденному пилоростенозу у детей.
 12. Составьте 6 тестовых заданий по врождённой кишечной непроходимости, врожденному пилоростенозу у детей.
 13. Составьте графологическую схему по теме «Врождённая кишечная непроходимость» по типу:



Тема 30: «Хронические запоры (алиментарные, функциональные, органические). Болезнь Гиршпрунга.»

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
<u>Эпидемиология</u> 1. Распространенность хронических запоров у детей 2. Какими запорами чаще страдают дети <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологическое строение толстой кишки • Анатомия тазового дна • Функция толстой кишки • Функция прямой кишки. Акт дефекации <u>Этиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы • Органические причины хронических запоров <u>Патогенез</u>	Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. -Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. -Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. -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.

- Патогенез развития функциональных запоров
- Патогенез развития алиментарных запоров
- Патогенез развития органических запоров (Б-нь Гиршпрунга)

Клиника

- Классификация хронических запоров
- Классификация анатомических изменений толстой кишки
- Клиника хронических функциональных запоров
- Клиника болезни Гиршпрунга
- Информативность пальцевого ректального исследования при хронических запорах.

Диагностика

- 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

Лечение

- Виды клизм
- Техника проведения сифонной клизмы
- Показания к хирургическому лечению
- Виды хирургических вмешательств при болезни Гиршпрунга
- Колостомия – показания, виды, техника наложения колостомы

Студент должен уметь

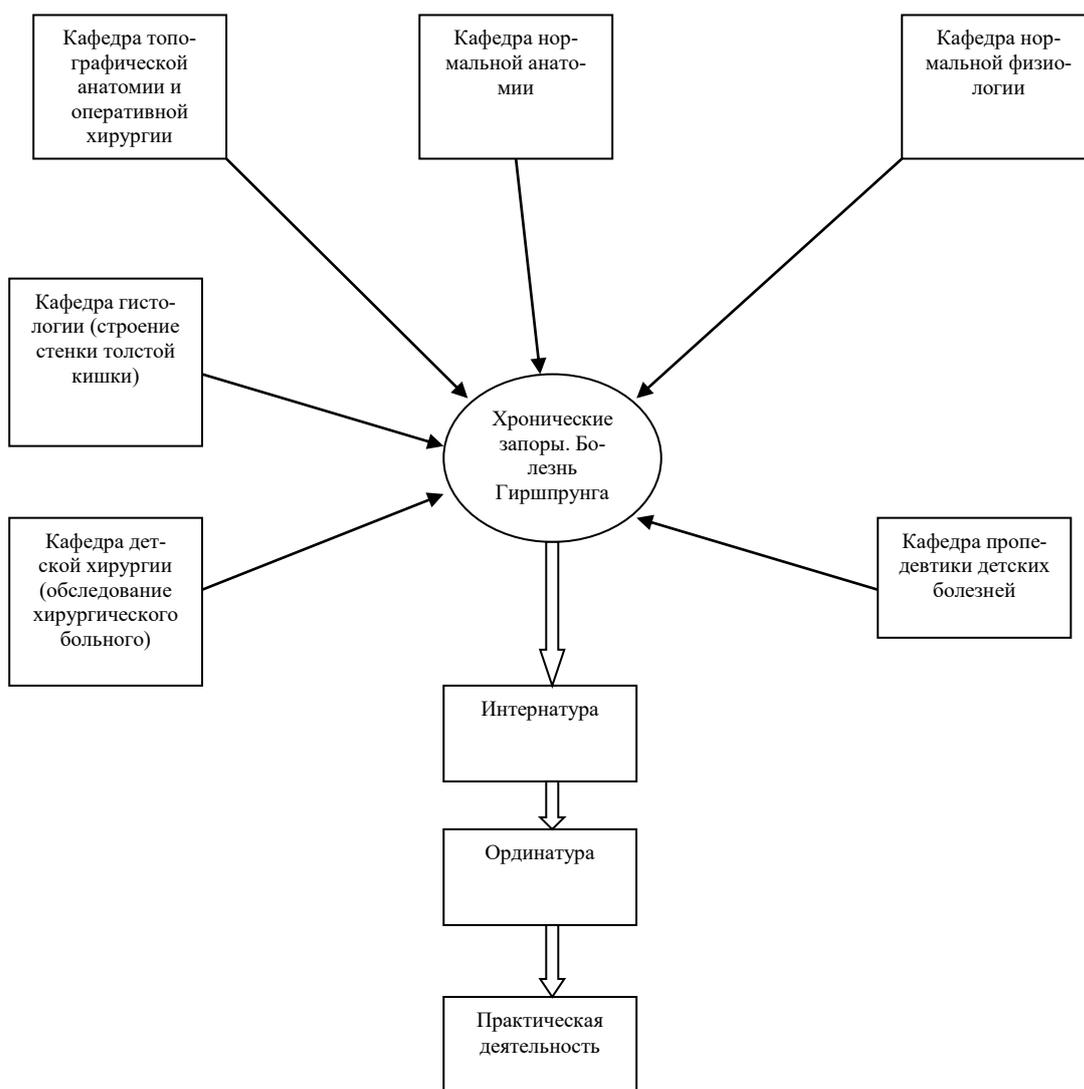
Сбор анамнеза

11. Налаживание контакта с больным
12. Сбор ритма дефекаций
13. Получение сведений при сборе анамнеза
14. Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания
15. 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 колоноскопии • Ассистенция при проведении брюшно-промежностной проктопластики • Ассистенция при закрытии колостомы • Участие при проведении биопсии стенки прямой кишки • Проведение пальцевого ректального исследования 	
---	--

Работа на дежурстве

- a. Прием больного с хроническими запорами
 - b. Сбор анамнеза
 - c. Объективный осмотр
 - d. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
 - e. Участие в назначении лечения
 - f. Предоперационная подготовка при операциях на толстой кишке
 - g. Ассистенция на операции
 - h. Послеоперационные назначения
 - i. Написание врачебной истории болезни
5. Схема интегративных связей по теме «Хронические запоры (алиментарные, функциональные, органические). Болезнь Гиршпрунга.»



6. Рентгенологическая картина при долихосигме, мегаколон, мегадолихосигме.
7. Опишите рентгенологическую картину болезни Гиршпрунга. Осложнения
8. Напишите данные ректального исследования при хроническом запоре и болезни Гиршпрунга.
9. Ошибки в лечении каломазания:

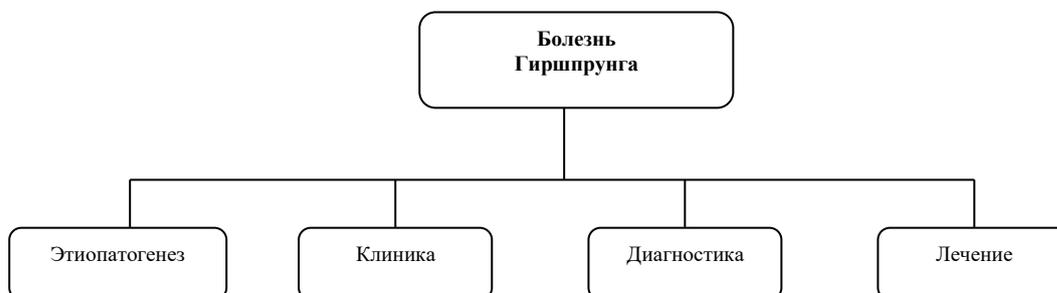
-родителей
 -педиатров
 -врачей неврологов

10. 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							

Гиршпрун га							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

11. Составление ситуационных задач.
12. Составление тестов.
13. Составьте графологическую схему по теме «Острый гематогенный остеомиелит» по типу:



Тема 31: «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
<u>Эпидемиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность аноректальных пороков развития • Провоцирующие факторы <u>Анатомия и физиология</u> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологическое строение толстой кишки 	Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. -Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. -Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Ме-

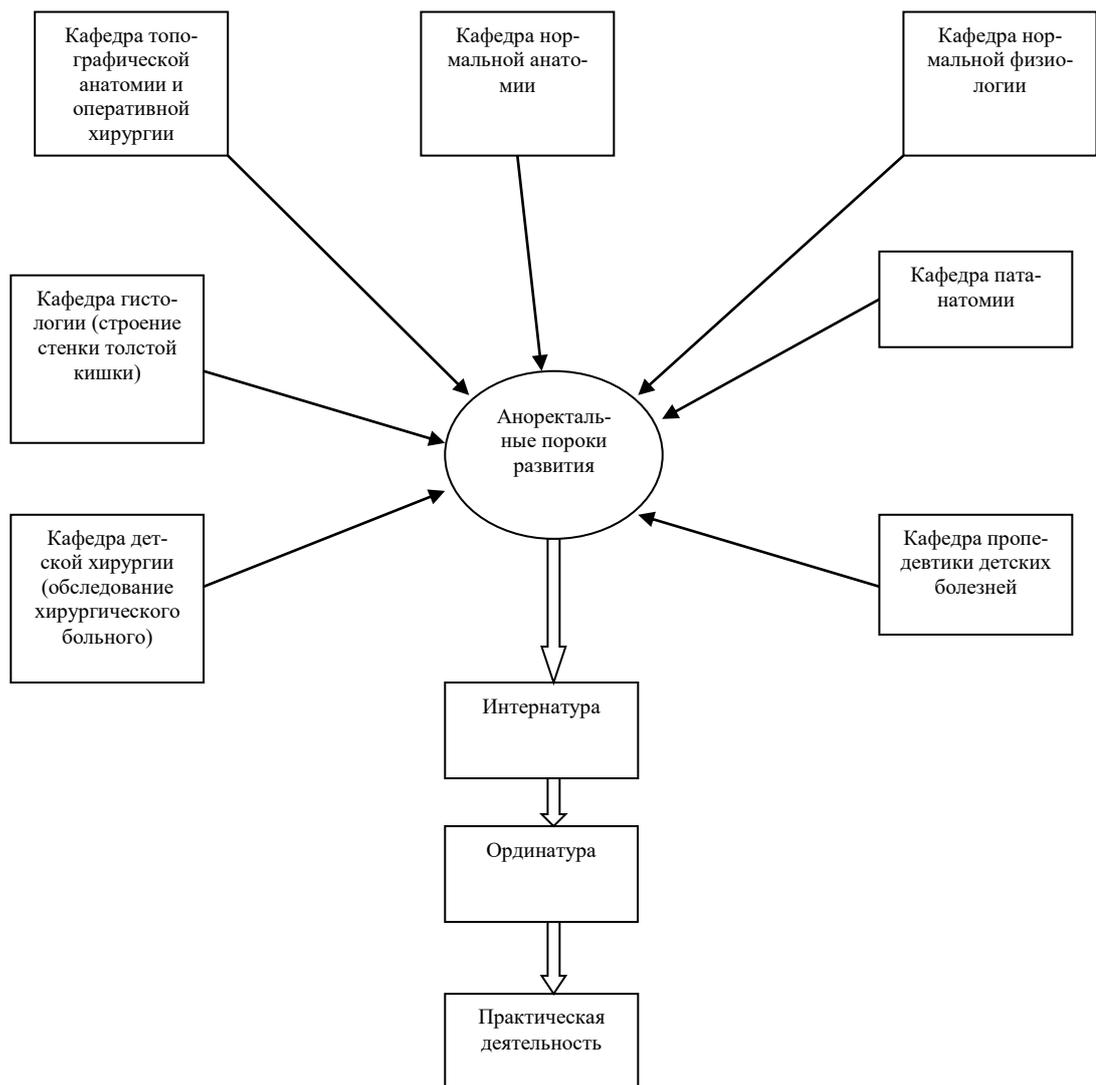
<ul style="list-style-type: none"> • Анатомия тазового дна • Взаимоотношение органов малого таза • Функция толстой кишки • Функция прямой кишки. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Эмбриология 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>дицина, 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> <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 	

<p>ния</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 брышно-промежностной проктопластики • Ассистенция при закрытии колостомы • Бужирование неоануса в послеоперационном периоде 	
---	--

Работа на дежурстве

- a. Прием больного с аноректальным пороком
- b. Сбор анамнеза
- c. Объективный осмотр
- d. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
- e. Участие в определении тактики лечения
- f. Предоперационная подготовка
- g. Ассистенция на операции
- h. Послеоперационные назначения
- i. Написание врачебной истории болезни

8. Схема интегративных связей по теме «Аноректальные пороки развития»



9. Рентгенологическая картина при высокой, низкой атрезии толстой кишки.
10. Рентгенологическая картина при свищах мочевую систему
11. Дополнительное обследование при свищах в мочевую систему
12. Ошибки в определении характера порока:

-педиатров
-врачей хирургов

13. Заполните таблицу: «Дифдиагностика высокой и низкой врожденной кишечной непроходимости»

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

14. Составление 2 ситуационных задач.
15. Составление 2 тестовых заданий.
16. Составьте графологическую схему по теме «Низкая форма атрезии прямой кишки» по типу:



Тема 32: «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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Острый аппендицит у детей. А.И.

<ul style="list-style-type: none"> • Характер нарушений эмбриогенеза. • Виды пуповинных грыж. • Предрасполагающие факторы. • Микрофлора, вызывающая воспаление. • 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. 	<p>Ленюшкин, Л.А. Ворохобов, С.Р.Слуцкая - М. 1984.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Очерки гнойной хирургии у детей. М.Л. Дмитриев, А.Г. Пугачев, А. Л.Куц - М. 1983. 4. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов. - М. 1974. 5. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 6. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. -Л., 1986. 7. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 8. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 9. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 10. Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рощаль Л.М. - М.: Медицина, 1991.
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза жизни. • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания. • Интерпретация анамнеза. <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Поверхностная пальпация живота. • Глубокая пальпация живота. • Выявление перитонеальных симптомов. • Осмотр больного во сне. • Пальцевое ректальное исследование. <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результата общего анализа крови. 	<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. Общая хирургия. 5. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 6. Острый аппендицит у детей. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д. – М.:Медицина. 1998. 7. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.

- Определение состояния аппендикса на картинке или при лапароскопии.

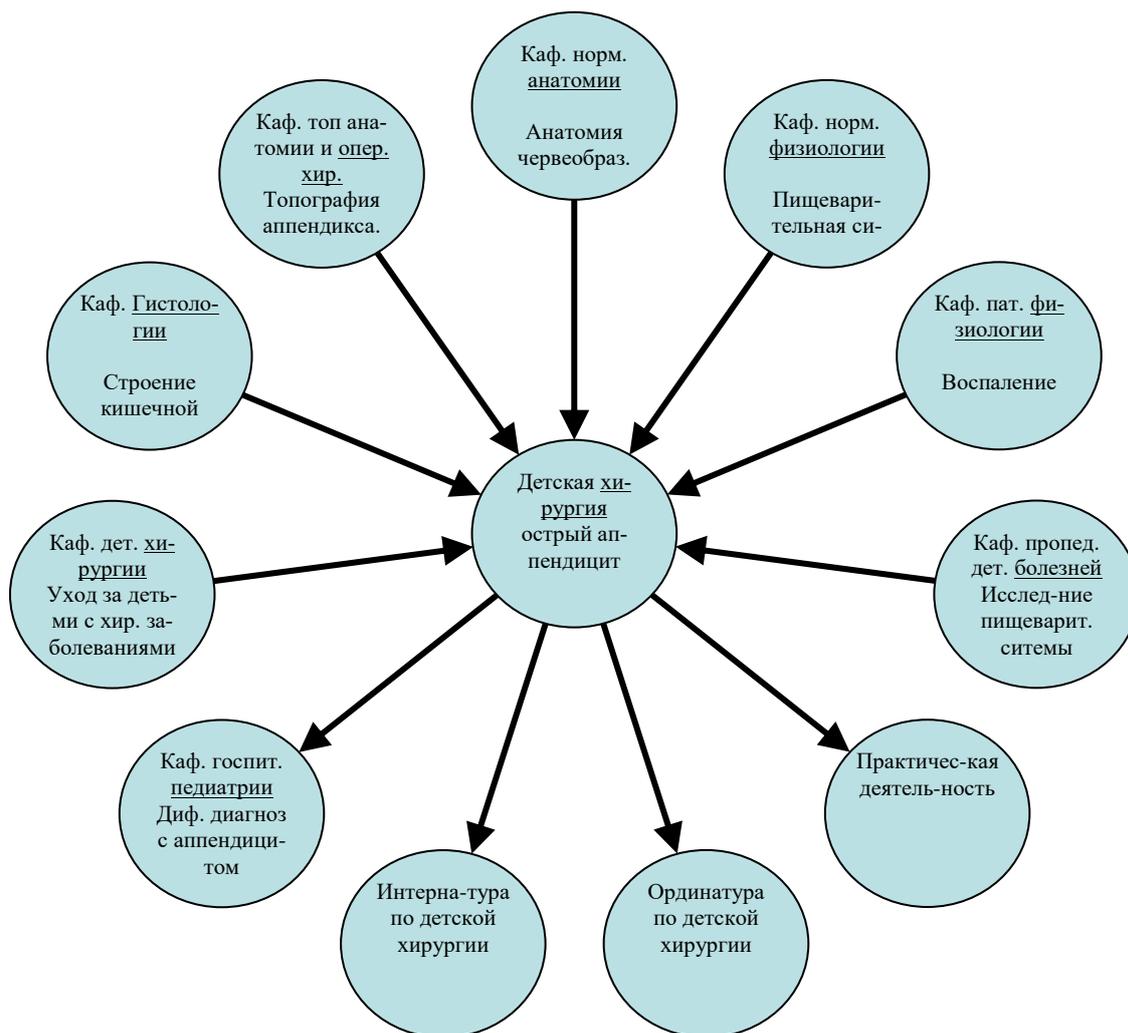
Участие в лечении

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Схема интегративных связей по теме «Острый аппендицит у детей».



5. Охарактеризуйте морфологические изменения в червеобразном отростке при:
- катаральном аппендиците: _____
 - флегмонозном аппендиците: _____
 - гангренозном аппендиците: _____
6. При пальпации живота тремя опорными симптомами острого аппендицита у детей являются:
7. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при остром аппендиците у детей
8. Какие ошибки могут допускаться на различных этапах у больного с острым аппендицитом:
- Родителями –
 - Педиатром поликлиники –
 - Врачом скорой помощи –
 - Хирургом приёмного отделения –
 - Хирургом хирургического отделения –

9. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз острого аппендицита»

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

10. Составьте 2 ситуационные задачи по острому аппендициту у детей.
11. Составьте 3 тестовых задания по острому аппендициту у детей.
12. Составьте графологическую схему по теме «Острый аппендицит» по типу:



Тема 33: «Хронический остеомиелит. Атипичные формы остеомиелита»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Нормальная анатомия костей и суставов.
 2. Нормальная рентгенологическая структура костей и суставов.
 3. Патогенез гнойной хирургической инфекции у детей.
 4. Уход за детьми с хирургическими заболеваниями.

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности костей у детей. • Теории возникновения гематогенного остеомиелита у детей. • Причины перехода острой формы в хроническую. • Характер морфологических изменений в костях при хроническом остеомиелите. • Характер нарушения гомеостаза. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиническая картина хронического остеомиелита. • Особенности клинической картины атипичных форм остеомиелита. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Рентгенологическая диагностика хронического остеомиелита. • Рентгенологическая характеристика атипичных форм остеомиелита. • Дифференциальная диагностика с туберкулёзом кости, саркомой Юинга. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания к оперативному лечению хронического остеомиелита. • Оперативное лечение хронического остеомиелита. • Оперативное лечение атипичных форм остеомиелита. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том I. 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. 6. Болезни костей у детей. Волков М.В. – М.: Медицина, 1974. – 559 с. 7. Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы у детей. Садофьева В.И. – Л.: Медицина. – 1990. – 216 с. 8. Гнойная хирургия у детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. – Л.: Медицина. - 1991. – 272 с. 9. Остеомиелит у детей. Акжигитов Г.Н., М. 1986.
<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 хронического остеомиелита. • Интерпретация рентгенологических данных. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка больного к операции. • Ассистирование на операции. • Гипсование конечности. • Участие в послеоперационном лечении. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том I. 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. 6. Болезни костей у детей. Волков М.В. – М.: Медицина, 1974. – 559 с. 7. Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы у детей. Садофьева В.И. – Л.: Медицина. – 1990. – 216 с. 8. Гнойная хирургия у детей. Баиров Г.А.,

3. Работа на дежурстве.

- 9) Приём больного с остеомиелитом.
- 10) Сбор анамнеза.
- 11) Объективный осмотр.
- 12) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 13) Участие в проведении лечебных мероприятий.
- 14) Написание истории болезни больного.

4. Перечислите факторы, предрасполагающие к хронизации процесса?

5. Что является источником гнойного отделяемого в кости при хроническом остеомиелите?

6. Осложнения хронического остеомиелита?

7. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита»

Заболевание	начало	характер течения	гнойные свищи	боль	температура тела	рентген. картина
Туберкулёз						
Саркома Юинга						
Остеоид-остеома						

8. Тестовые задания

У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима:

- а. срочная операция;
- б. плановая операция;
- в. диагностическая пункция;
- г. наблюдение;
- д. антибиотикотерапия.

Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показаны:

- а. оперативное вмешательство по Ворончихину;
- б. секвестрэктомия;
- в. наблюдение;
- г. курс физиотерапии;
- д. внутрикостное введение антибиотиков.

Рентгенологически выявлен очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Жалоб нет. Анализ крови в пределах нормы. Больному следует рекомендовать:

- а. срочная операция;
- б. плановая операция;
- в. диагностическая пункция;
- г. наблюдение;
- д. антибиотикотерапия.

9. Составьте 2 ситуационные задачи.

10. Составьте 3 тестовых задания.

11. Составьте графологическую схему по теме «Ожоги пищевода у детей» по типу:



Тема 34: «Хирургическая инфекция у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространенность гнойно-воспалительных заболеваний • Каким видом гнойных заболеваний болеют дети различного возраста <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности строения кожного покрова у новорожденных • Анатомические особенности строения подкожной жировой клетчатки кисти <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы • Микрофлора, наиболее часто вызывающая воспаление <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Патогенез синдрома гемодинамических нарушений • Патогенез гипертермического синдрома • Патогенез синдрома дыхательных расстройств • Патогенез ДВС-синдрома • Морфологическая характеристика гнойно-воспалительных поражений. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиника флегмоны новорожденных • Клиника мастита новорожденных • Клиника рожистого воспаления • Клиника фурункула, карбункула • Клиника лимфаденита • Клиника панариция • Клиника парапроктита <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выявление местного очага 	<p>Литература</p> <ul style="list-style-type: none"> - Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. - Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983. - Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997. - Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991. - Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. - Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. - Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1997 - Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978. - Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.

<ul style="list-style-type: none"> • Изучение реактивности больного • Микробиологическое исследование <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Воздействие на микроорганизм • Воздействие на макроорганизм • Лечение местного очага 	
<p>Студент должен уметь</p> <p><u>Сбор анамнеза</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Налаживание контакта с больным • Получение сведения при сборе пренатального анамнеза • Получение необходимых сведений при сборе анамнеза заболевания • Интерпретация полученных при сборе анамнеза данных <p><u>Объективное обследование</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка общего состояния • Определение признаков инфильтративных изменений • Определение признаков абсцедирования <p><u>Интерпретация результатов исследования</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка результатов рентгенологического обследования • Оценка результатов общего анализа крови <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ассистенция при пункции суставов у новорожденных • Ассистенция при вскрытии флегмоны новорожденных • Вскрытие абсцессов 	<ul style="list-style-type: none"> - Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. – М. 2004. -Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р.- Л., 1983. -Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., 1997. - Гнойная хирургия детей. Баиров Г.А., Рошаль Л.М.- М.: Медицина, 1991. -Пропедевтика детских болезней. Под ред. Юрьева В.В.- М. 2003. -Общий уход за детьми: Учебное пособие. М. Медицина, 1998. - Пропедевтика в хирургии. Баренев Г.А., под ред. Гостищева В.К., М. 2007. -Гнойные заболевания кисти. Григорян А.В., М.1978. -Амбулаторная хирургия. Мазурик М.Ф., Киев, 1988.

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с гнойным заболеванием мягких тканей
2. Сбор анамнеза
3. Объективный осмотр
4. Интерпретация полученных результатов вместе с врачом
5. Участие в назначении лечения
6. Ассистенция на операции
7. Послеоперационные назначения
8. Написание врачебной истории болезни

4. Вопросы:

1. Причины возникновения мастита новорожденных.
2. Опишите клинику некротической флегмоны новорожденных. В чем опасность течения?
3. Напишите примерные изменения в общем анализе крови при гнойном заболевании мягких тканей.
4. Перечислите формы панариция.

5. Заполните таблицу: «Дифдиагностика инфильтрата и абсцесса»

	анамнез	температура общая	температура местная	консистенция	интоксикация	локальная болезненность	флюктуация
Инфильтрат							

Абсцесс							
---------	--	--	--	--	--	--	--

6. Тестовые задания:

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

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

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

7. Составление 2 ситуационных задач.

8. Составление 3 тестов.

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



Тема 35: «Пороки развития легких и грудной клетки»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- Анатомия грудной клетки
- Эмбриогенез легких
- Анатомия легких
- Перечислите аномалии грудной клетки
- Методы исследования аномалий грудной клетки
- Методы исследования аномалий легких и их интерпретация

2. Определение целей занятия.

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

<ul style="list-style-type: none"> • Патологическую анатомию аномалий грудной клетки • Патологическую анатомию аномалий легких • Клинические проявления этих заболеваний • Дифференциальную диагностику аномалий легких • Осложнения, наблюдающиеся при аномалиях легких • Дополнительные методы обследования при аномалиях грудной клетки и легких, их интерпретация • Сроки и методы лечения при аномалиях грудной клетки и легких 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2. 2. Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973 3. 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

4. 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 долеой эмфиземе
- 7) Ответьте на тестовые задания

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

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

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

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

- 8) 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
- 9) Назовите наиболее частые осложнения солитарной кисты легкого
- 10) Назовите рентгенологические признаки, отличающие абсцесс легкого от нагноившейся врожденной кисты легкого
- 11) Назовите наиболее достоверный признак легочной секвестрации
- 12) Каковы методы и сроки лечения пороков развития легких
- 13) Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения на занятии

Тема 36 «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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том I. 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Исаков Ю.Ф., Лопухин Ю.М. – М.: Медицина. – 1989. – 591 с. 6. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. 7. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Дайте определение релаксации диафрагмы. Назовите причины её возникновения

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

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

7. Заполните таблицу «Дифференциальная диагностика диафрагмальных грыж»

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

8. 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.

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.

Релаксация купола диафрагмы у новорождённых возникает при осложнении:

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

Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

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

У детей старшего возраста чаще всего встречаются :

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

При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- а. жесткая эзофагоскопия;
- б. рентгенконтрастное обследование пищевода и желудка;
- в. фиброэзофагоскопия;
- г. обзорная рентгеноскопия;
- д. компьютерная томография.

10. Составьте 2 ситуационные задачи.

11. Составьте 3 тестовых задания.

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



Тема 37: «Бронхоэктатическая болезнь»

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 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2. 5. Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И., М., 1973 6. 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 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003. 9. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998. 10. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II. 11. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.

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

Дайте правильные ответы:

7. 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

8. 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

9. Составьте задание к ситуационной задаче и дайте ответы:

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

10. Составьте задачу по ателектатическим бронхоэктазам нижней доли левого легкого

11. Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения на занятии

Тема 38: «Острые бактериальные деструкции легких»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Что понимают под термином «Плеврит»
2. Перечислите признаки гнойного плеврита (эмпиемы плевры), которые можно выявить при перкуссии грудной клетки и аускультации легких
3. Что такое пневмоторакс и как воздух попадает в плевральную полость
4. Пути распространения воздуха при развитии подкожной эмфиземы как осложнения
5. Перкуторные и аускультативные данные при пиопневмотораксе
6. Лечение эмпиемы плевры
7. Лечение пиопневмоторакса

2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none">• Классификацию острой бактериальной деструкции легких (ОБДЛ)• Дифференциальный диагноз различных форм ОБДЛ• Дополнительные методы исследования при ОБДЛ• Рентгенологическую картину различных форм ОБДЛ• Основы построения клинического диагноза и его обоснования• Методы лечения различных форм ОБДЛ• Технику плевральной пункции и дренирования плевральной полости по Бюлау	<ol style="list-style-type: none">7. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том 2.8. Руководство по торакальной хирургии у детей. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераскин В.И., М., 19739. Хирургические заболевания легких у детей, Руководство, Л, Медицина, 1988

<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Провести дифференциальный диагноз у ребенка с дыхательной недостаточностью • Сформулировать предварительный диагноз • Составить план обследования • Правильно интерпретировать данные клинических, лабораторных и рентгенологических методов обследования • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза жизни и анамнеза заболевания, интерпретировать полученные данные • Сформулировать клинический диагноз • Составить план лечения больного 	<p>12. Пропедевтика детских болезней. Под редакцией Юрьева В.В. - М., С-Пб. 2003.</p> <p>13. Общий уход за детьми: Учебное пособие.- 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Медицина, 1998.</p> <p>14. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II.</p> <p>15. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.</p>
---	---

5.Задания для самостоятельной работы:

1. Перечислите признаки тотальной эмпиемы плевры слева, выявляемые при пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки
2. В каком положении необходимо производить рентгенографию легких при подозрении на ОБДЛ
3. Перечислите рентгенологические признаки эмпиемы плевры
4. Ответьте на тесты

А. На рентгенограмме, выполненной через 1 мес. после перенесенной пневмонии, выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости на фоне неизменной легочной паренхимы. Поставьте диагноз

- 1) Абсцесс легкого
- 2) Внутрилегочная ОБДЛ
- 3) Буллезная форма ОБДЛ
- 4) Гигантский кортикальный абсцесс
- 5) Множественная мелкоочаговая ОБДЛ

Б. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной клетки. Поставьте диагноз:

- 1) Внутрилегочная ОБДЛ
- 2) Тотальная эмпиема плевры
- 3) Осумкованный плеврит
- 4) Плащевидный плеврит
- 5) Буллезная форма ОБДЛ

В. Выберите правильный метод лечения при мелкоочаговой множественной ОБДЛ

- 1) Плевральная пункция
- 2) Пункция легкого с введением антибиотиков
- 3) Интенсивная терапия без вмешательства в очаг
- 4) Дренирование плевральной полости
- 5) Дренирование с активной аспирацией

5. С чем необходимо дифференцировать абсцесс легкого, не сообщающийся с бронхом
6. Метод лечения тотальной эмпиемы плевры
7. Особенности дренирования напряженного пневмоторакса и пиопневмоторакса
8. Методы ликвидации бронхоплеврального свища
9. Поставьте вопросы к ситуационной задаче и дайте ответы:

У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детской больнице по поводу пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз

кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо. Слева: в верхних отделах грудной клетки тимпанит, ниже угла лопатки – притупление; дыхание слева не прослушивается.

10. Составьте задачу: ребенку 2 года, диагноз: правосторонний плащевидный плеврит

11. Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения на занятии

Тема 39: «Желудочно-пищеводный рефлюкс»

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
<p><u>Эпидемиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Распространённость желудочно-пищеводного рефлюкса. • Распределение по возрасту и полу. <p><u>Анатомия и физиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Анатомо-физиологические особенности пищевода и желудка у детей. • Физиология акта глотания. • Антирефлюксный механизм. <p><u>Этиология</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие факторы. • Анатомические причины: врождённый короткий пищевод, грыжа пищеводного отверстия и др. <p><u>Патогенез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Характер морфологических изменений в слизистой пищевода. • Характер нарушений гомеостаза. • Поражение бронхов и лёгких. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Характер рвоты. • Причины болей и изжоги. • Диспепсические расстройства. • Проявления респираторного синдрома. • Особенности клиники у детей раннего возраста. • Признаки рефлюкс-эзофагита. • Пищевод Барретта. <p><u>Диагностика</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные физикального обследования. • Рентгенологическое исследование • Эндоскопическое исследование. 	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. В двух томах. 2. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 1. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. - Л., 1986. 3. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 4. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 5. Сергеенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В двух томах. М.: ГЕОТАР. 2005. 6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988. 7. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона. Всемирная организация здравоохранения, 2001г. Обновленное переиздание, 2003 г.

<ul style="list-style-type: none"> • Суточное рН-мониторирование. • Манометрия. • Радиоизотопная сцинтиграфия. • Дифференциальная диагностика. <p><u>Лечение</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Немедикаментозные методы. • Медикаментозные методы. • Хирургическое лечение: операция Ниссена. 	
<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 • Выявление диспепсических симптомов. • Выявление респираторных симптомов. • . <p><u>Интерпретация результатов исследований</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка данных рентгенологического исследования. • Оценка данных эндоскопического исследования. <ul style="list-style-type: none"> • Определение состояния аппендикса на картинке или при лапароскопии. <p><u>Участие в лечении</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначение предоперационной подготовки. • Ассистирование на операции аппендэктомии. • Ушивание раны брюшной стенки. • Назначение послеоперационного лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Неотложная хирургия детей. Баиров Г.А. Л., 1983. 2. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Рокицкий М.Р. - Л., 1986. 3. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997. 4. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997. 5. Сергеев В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В двух томах. М.: ГЕОТАР. 2005. 6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988. 7. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона. Всемирная организация здравоохранения, 2001г. Обновленное переиздание, 2003 г.

3. Самостоятельная работа с больным.

- 1) Приём больного.
- 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 гастро-эзофагеальным рефлюксом:
 - Родителями –
 - Педиатром поликлиники –
 - Врачом скорой помощи –
 - 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 2 ситуационные задачи по желудочно-пищеводному рефлюксу у детей.
16. Составьте 3 тестовых задания по желудочно-пищеводному рефлюксу у детей.
17. Составьте графологическую схему по теме «Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей» по типу:



Тема 40: «Атрезия пищевода»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 1. Нормальная анатомия пищевода
 2. Нормальная физиология пищевода.
 3. Анатомо-физиологические особенности пищевода у детей
 4. Эмбриология пищевода.
 5. Зондирование пищевода.
2. Определение целей занятия

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none">• Распространённость атрезии пищевода.• Причины возникновения аспирационной пневмонии.• Характер нарушения гомеостаза.• Формы атрезии пищевода. <p><u>Клиника</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Клиническая картина бесвищевой 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.	<ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.2. Детская хирургия. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.4. Атлас анатомии человека. Синельников А.С. – М., 1967. Том II.5. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с.6. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.7. 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>	<ol style="list-style-type: none">1. Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I.2. Детская хирургия. В 3-х томах. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. С-Пб.: «Пит-Тал». 1997.3. Срочная хирургия у детей. Баиров Г.А. С-Пб., М., Харьков, Минск. 1997.4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550 с.5. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных. – М. – 2001.6. Долецкий С.Я., Гаврюшов В.В., Акопян В.Г. Хирургия новорожденных. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Аспирация содержимого из носоглотки. • Ассистирование на операции. • Назначение послеоперационного лечения. | |
|---|--|

3. Работа на дежурстве.

- 10) Приём больного с атрезией пищевода.
- 11) Сбор анамнеза.
- 12) Объективный осмотр.
- 13) Интерпретация полученных результатов исследования вместе с врачом.
- 14) Участие в проведении консервативных мероприятий.
- 15) Ассистенция на операции.
- 16) 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 свищом.

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:
- атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
 - атрезии пищевода (бессвищевая форма);
 - халазии кардии;
 - врожденным коротким пищеводом;
 - грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
6. При подозрении на трахео-пищеводный свищ у новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- эзофагоскопия;
 - рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - трахеоскопия;
 - оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - 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:
- уровень атрезии;
 - форму атрезии;
 - степень воспалительных изменений в легких;
 - ширину трахео-пищеводного свища;
 - выявить сопутствующую атрезию кишечника
10. Составьте 2 ситуационные задачи.
11. Составьте 3 тестовых задания.
12. Составьте графологическую схему по теме «Атрезия пищевода» по типу:



Тема 41: «Ожоги пищевода»

- Вопросы для проверки исходного уровня знаний.
 - Нормальная анатомия пищевода.
 - Нормальная физиология пищевода.
 - Топографическая анатомия пищевода.
 - Уход за детьми с хирургическими заболеваниями органов грудной полости.
- 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. 	<ol style="list-style-type: none"> Детская хирургия. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 550

<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>с.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<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" 1966г. 7. Лечение химических ожогов и рубцовых сужений пищевода у детей. Терновский С.Д. и др. М., 1963. 8. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. А.Ф.Дронов, А.И.Ленюшкин, Л.М.Кондратьева. – М., «Медицина», 1988

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 медиастенита.

13. Составьте 2 ситуационные задачи.

14. Составьте 3 тестовых задания.

15. Составьте графологическую схему по теме «Ожоги пищевода у детей» по типу:



Тема 42: «Особенности онкологии детского возраста»

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
3. Какие опухоли относятся к доброкачественным и злокачественным 4. Характерные особенности доброкачественных опухолей 5. Характерные особенности злокачественных опухолей 6. Этиология опухолей 7. Распространенность опухолей в различных возрастных группах 8. Патогенез опухолей, предрасполагающие факторы 9. Отличительные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей 10. Возможность злокачественного перерождения доброкачественных опухолей 11. Современные диагностические возможности при опухолях (осмотр, пальпация, ангиография, лимфография, биопсия, цитологическое исследование, термография, КТ) 12. Современные методы лечения опухолей у детей 13. Лечебную тактику в зависимости от характера опухоли 14. Сроки диспансерного наблюдения 15. Прогноз	8. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 9. Детская онкология, Дурнов Л.А., М., 1995 10. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Медицинформгенство, М. 2004 11. Лечение опухолей у детей, Дурнов Л.А., М., 1973 12. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 13. Оперативная хирургия и топографическая анатомия дет-
Студент должен уметь Сбор анамнеза <ul style="list-style-type: none"> • Наладить контакт с больным • Получить необходимые сведения при сборе анамнеза 	

<p>жизни и заболевания (в т.ч. семейного)</p> <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 • 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 • 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 • Ассистировать при проведении операций • Ушивать рану и завязывать узлы • Составить программу послеоперационного лечения 	<p>ского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.</p>
--	---

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 при 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
- 6) 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, воз-

вышается 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.

7) Решите тестовые задания:

1. Хирургическому удалению подлежат:
 - а) Нефробластома
 - б) Лимфогранулематоз
 - в) Лимфосаркома
 - г) Гепатобластома
2. Для детского возраста характерны:
 - а) Рак желудка
 - б) Лейкоз
 - в) Рак поджелудочной железы
 - г) Саркома Юинга
 - д) Нефробластома
 - 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) нефробластома;
 - д) нейробластома;
 - е) 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.
9. Какие их перечисленных злокачественных новообразований характерны для детского возраста?
 - а. Гемобластозы
 - б. Рак
 - в. Малигнизированные доброкачественные опухоли

- г. Опухоли головного мозга
 - д. Эмбриональные опухоли
10. 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

Тема 43: «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 доброка- 	<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. Мининформазгенство, М. 2004 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хи-

<p>чественных опухолей мягких тканей</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>рургия, 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>
<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 «Злокачественные 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 локализуются 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

5. Составьте графологическую схему



Тема 44: «Доброкачественные опухоли костей»

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, доброкачественная хондробластома) • 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 	<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. 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 костей • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций • Ушивать рану и завязывать узлы 	

- Составить программу послеоперационного лечения

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 травмпункт 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:

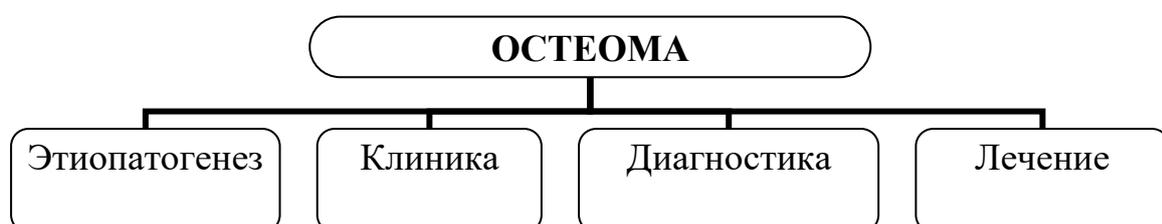
Мальчик 10 лет жалуется на боли в области левого плечевого сустава, не проходящие в покое и усиливающиеся по ночам, изнуряющая боль не позволяет двигать рукой. Болеет в течение месяца, травму отрицает. Внешне значительных изменений не выявлено, заметна атрофия мышц конечности. На рентгенограммах в проксимальном 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:
 - а) саркома Юинга
 - б) остеоид-остеома

- в) остеогенная саркома
 - г) остеома
 - д) фиброзный дефект кортикального слоя
2. Решающий метод диагностики остеоид-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:
- а. при патологическом переломе;
 - б. при ночных болях;
 - в. как случайная рентгенологическая находка;
 - г. при клиническом осмотре;
 - д. по клиническому анализу крови.
5. Диагноз остеоид-остеомы устанавливается:
- а. при патологическом переломе;
 - б. при ночных болях;
 - в. на основании рентгенологического обследования;
 - г. при клиническом осмотре;
 - д. по клиническому анализу крови;
 - е. по КТ.
6. Для рентгенологической картины костной кисты характерны:
- а. расширение поперечника кости в зоне поражения;
 - б. сужение поперечника кости;
 - в. истончение кортикального слоя кости;
 - г. расширение кортикального слоя кости;
 - д. наличие зоны просветления с ядром;
 - е. сужение костномозгового канала.
7. Для рентгенологической картины остеоид-остеомы характерны:
- а. расширение поперечника кости в зоне поражения;
 - б. сужение поперечника кости;
 - в. истончение кортикального слоя кости;
 - г. расширение кортикального слоя кости;
 - д. наличие зоны просветления с ядром;
 - е. сужение костномозгового канала.

б) Составьте графологическую схему по одной из доброкачественных опухолей костей (остеома, остеоид-остеома, фиброзный дефект кортикального слоя, доброкачественная хондробластома):



Тема 45: «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. 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 • Провести осмотр и пальпацию опухоли, регионарных лимфоузлов 	

Интерпретация результатов исследования

- Оценить результаты осмотра
- Оценить результаты клиничко-лабораторных и специальных методов обследования

Участие в лечении

- 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

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 3 ситуационные задачи по теме.

4) Составление 4 тестовых задания по теме.

5) Составьте графологическую схему по теме «Злокачественные опухоли мягких тканей»



6) 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 46: «Злокачественные опухоли костей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

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. Медицинформгенство, 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 (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 специаль- 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.

<p>ных методов обследования</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
---	--

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 $6,6 \times 10^9$ /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.

8) Составьте графологическую схему по одной из злокачественных опухолей костей (остеогенная саркома или саркома Юинга)



Тема 47: «Нефробластома. Герминогенные опухоли. Опухоли печени»

А. 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. Мединформгенство, М. 2004
<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>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 1996 5. Оперативная хирур-

<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>гия и топографическая анатомия детского возраста. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухин. 1977.</p>
---	---

5. 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 2 ситуационные задачи по теме.
- 6) Составление 3 тестовых задания по теме.
- 7) Составьте графологическую схему по теме «Нефробластома»



Б. 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., 19953. Клинические лекции по детской онкологии под ред. Дурнова Л.А. Мединформагентство, М. 20044. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, том 3. Перевод и русское издание Т.К. Немилова, 19965. 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	

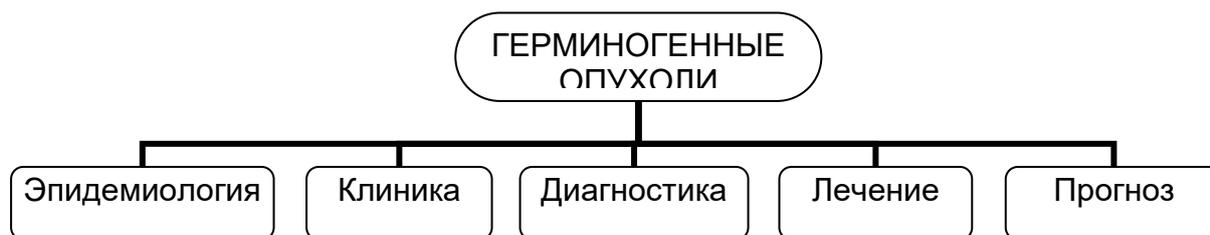
3. Вопросы и задания:

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

Обязательные исследования	Дополнительные исследования

- 2) Составьте 2 ситуационные задачи по теме.

- 3) Составление 3 тестовых задания по теме.
 4) Составьте графологическую схему по теме «Герминогенные опухоли»



В. Опухоли печени

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- 1) Какие злокачественные опухоли печени наиболее часто встречаются в детском возрасте
- 2) Какие доброкачественные опухоли печени встречаются у детей
- 3) Клиническое стадирование злокачественных опухолей печени
- 4) Диагностика
- 5) Лечебная тактика
- 6) Прогноз

2. Определение целей занятия.

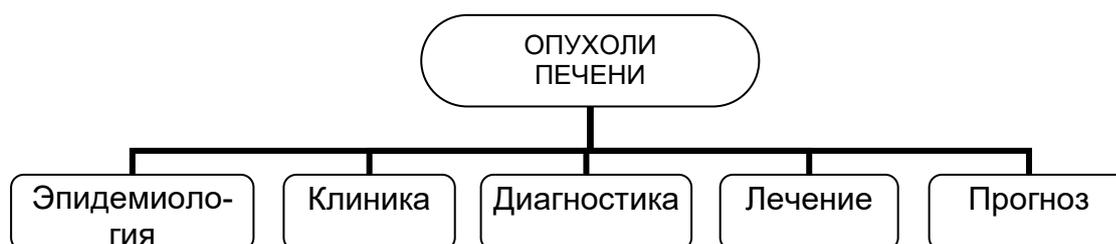
Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Заболеваемость у детей • Первичная манифестация опухоли • Клиническая картина • Диагностика • Лечебная тактика • Прогноз 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2. Детская онкология, 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 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 • Сформулировать показания к хирургическому лечению • Написать историю болезни • Ассистировать при проведении операций 	

3. Вопросы и задания:

1) Заполните таблицу «Оценка внутривенной распространенности опухоли»

pT_x	
pT_0	
pT_1	
pT_2	
pT_3	
pT_4	

- 2) Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
- 3) Составление 3 тестовых задания по теме.
- 4) Составьте графологическую схему по теме



5) Решите тестовые задания

1. При злокачественных опухолях печени у детей характерны:
 - а. резкая боль в правом подреберье;
 - б. высокий титр α -фетопротеина;
 - в. повышение экскреции катехоламинов с мочой;
 - г. повышение концентрации билирубина сыворотки крови;
 - д. повышение активности трансаминаз сыворотки крови;
 - е. резкое снижение белково-синтетической функции печени.
2. К злокачественным герминогенным опухолям относятся:
 - а. тератома;
 - б. тератобластома;
 - в. гепатоцеллюлярная карцинома;
 - г. дисгерминома яичника.
3. 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.
4. Какие опухоли могут быть у ребенка 3 лет:
 - а) нейробластома
 - б) тератобластома
 - в) опухоль Вильмса
 - г) рак кожи
5. Один из самых информативных методов исследования при опухоли Вильмса:
 - а) обзорный рентгенографический снимок брюшной полости
 - б) экскреторная внутривенная урография
 - в) антеградная пиелография

- г) ирригорафия
6. Укажите основные методы исследования при опухоли почки:
- а) экскреторная урография
 - б) ретроградная пиелограмма
 - в) ангиография
 - г) пункционная биопсия
7. С чем следует дифференцировать опухоль Вильмса?
- а) гидронефротическая трансформация
 - б) опухоль печени
 - в) спленомегалия
 - г) опухоли яичников
8. Какие из перечисленных методов исследования наиболее информативны в диагностике нефробластомы?
- а. Экскреторная урография
 - б. Микционная цистоуретрография
 - в. УЗИ почек
 - г. Исследование экскреции катехоламинов с мочой
 - д. Термография
 - е. Рентгеновская компьютерная томография
 - ж. Магнитно-резонансная компьютерная томография
9. Лечение нефробластомы начинается:
- а. С гормональной терапии
 - б. Лучевой терапии
 - в. Операции
 - г. Полихимиотерапии
 - д. Дезинтоксикационной терапии
10. Послеоперационная лучевая терапия при нефробластоме назначается:
- а. При интраоперационном разрыве опухоли
 - б. Кровоточивости ложа опухоли
 - в. II стадии
 - г. III стадии
 - д. Множественных метастазах в легких
11. Нейробластома происходит:
- а. Из вещества головного мозга
 - б. Задних рогов спинного мозга
 - в. Пейеровых бляшек
 - г. Пограничного симпатического ствола
 - д. Парасимпатических ганглиев
12. 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)
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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

Тема 48: «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.. Мединформагенство, 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 • 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	

- 2) Составьте 2 ситуационные задачи по теме.
- 3) Составление 3 тестовых задания по теме.
- 4) Составьте графологическую схему по теме «Нейробластома»



б) 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. брюшинное пространство;
 - г. заднее средостение.
5. Врожденными 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 альфа-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

Тема 49: «Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. При каких заболеваниях определяется опухолевидное образование в брюшной полости?
2. Какие опухолевидные образования брюшной полости характерны для детского возраста?
3. Как дифференцировать характер и источник пальпируемой опухоли?
4. Правила проведения поверхностной и глубокой пальпации живота
5. Ценность перкуссии при опухолевидных образованиях брюшной полости
6. Специальные методы исследования для диагностики характера и источника пальпируемой опухоли брюшной полости
7. Лечебная тактика в зависимости от заболевания

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Этиопатогенез пальпируемой опухоли брюшной полости • Анатомо-физиологические особенности органов брюшной полости у детей с пальпируемой опухолью • Клиническая симптоматика при пальпируемой опухоли брюшной полости • Диагностика и дифференциальная диагностика • Лечебная тактика при различных заболеваниях с синдромом пальпируемой опухоли брюшной полости 	<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.. Мединформагенство, 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, поверхностную и глубокую пальпацию живота • Определить размеры, консистенцию, локализацию, подвижность и болезненность опухолевидного образования • Провести пальцевое исследование PR <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 заболевания • Сформулировать показания к хирургическому лечению • Назначить предоперационную подготовку и послеоперационное лечение • Написать историю болезни 	

• Ассистировать при проведении операций	
---	--

3. Работа на дежурстве:

- 1) Прием больного с пальпируемой опухолью брюшной полости
- 2) Сбор анамнеза
- 3) Составление плана обследования больного
- 4) Осмотр и физикальное обследование
- 5) Присутствие при эхографическом, рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больного, участие в проведении диагностических манипуляций
- 6) Интерпретация полученных данных
- 7) Составление плана 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 «Клиническая картина заболеваний, проявляющихся пальпируемой опухолью брюшной полости»

Заболевание	начало	характер боли	тошнота, рвота	характер стула	Т тела	анализы крови, мочи	данные УЗИ	R-данные
Аппендикулярный инфильтрат								
Инвагинация								
Копростаз								
Энтерокистома								
Кисты яичников								
Киста урахуса								
Гидронефроз								
Поликистоз								
Нефробластома								

- 2) Заполните таблицу «Лечебная тактика при различных заболеваниях, проявляющихся пальпируемой опухолью брюшной полости»

<i>Заболевание</i>	<i>Лечебная тактика</i>
Аппендикулярный инфильтрат	
Инвагинация	
Копростаз	
Энтерокистома	
Кисты яичников	
Киста урахуса	
Гидронефроз	
Поликистоз	
Нефробластома	

- 3) Составьте 3 ситуационные задачи по теме.
- 4) Составление 3 тестовых задания по теме.
- 5) Составьте графологическую схему по теме «Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости»



б) Решите тестовые задания

1. Программа обследования новорождённого 5 дней с синдромом пальпируемой опухоли включает:
 - а. обзорную рентгенографию брюшной полости;
 - б. клинический осмотр;
 - в. УЗИ;
 - г. клинические и биохимические анализы;
 - д. экскреторную урографию;
 - е. КТ.
2. Дифференциальный диагноз тератомы забрюшинного пространства проводится:
 - а) с нефробластомой
 - б) с тимомой
 - в) с нейробластомой
 - г) с ретинобластомой
3. Укажите основные клинические симптомы при опухоли брюшной полости:
 - а) симптом пальпируемой опухоли
 - б) боль в животе
 - в) задержка стула
 - г) повышение температуры
 - д) рвота
4. Укажите основные методы исследования при опухоли брюшной полости:
 - а) ирригография
 - б) обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - в) спленопортография
 - г) лапароцентез
 - д) пункционная биопсия
5. Что является характерным признаком для брыжеечных кист?
 - а) хорошая подвижность при пальпации
 - б) плохая подвижность
 - в) полная неподвижность
6. Какие осложнения могут вызвать кисты брюшной полости?
 - а) перитонит
 - б) кишечная непроходимость
 - в) желудочно-кишечные кровотечения
 - г) нарушение акта дефекации
7. Какую лечебную тактику выбирают при опухолях брюшной полости?
 - а) экстренная операция
 - б) плановое оперативное вмешательство
 - в) лучевая терапия
 - г) медикаментозное лечение

8. Какой вид опухоли чаще встречается у детей?
- саркома
 - тератома
 - нейробластома
 - феохромоцитома
 - опухоль Вильмса

Тема 50: «Терминальные состояния»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

- Понятие терминального состояния
- Этиология терминальных состояний
- Периоды терминального состояния
- Физиология дыхательной системы
- Физиология системы кровообращения
- Понятие клинической смерти
- Понятие биологической смерти
- Основные принципы проведения реанимационных мероприятий

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> Анатомо-физиологические особенности дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы у детей Клинические изменения, происходящие на этапах терминального состояния (преагония, агония, клиническая смерть) Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации Методы проведения ИТВЛ и наружного массажа сердца Технико-инструментально обеспечение сердечно-легочной реанимации Медикаментозное обеспечение сердечно-легочной реанимации Состояние дыхательной, сердечно-сосудистой и ЦНС в постреанимационном периоде. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Детская хирургия. под ред. Исаков Ю.Ф. - М. 2004. Том I. 2) Пропедевтика детских болезней, под ред. Юрьева В.В., М., СПб, 2003 3) Детская анестезиология и реаниматология, Михельсон В.А., М., Мед, 1985 4) Основы реаниматологии., под ред. Неговского В.А., М., Мед, 1975
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> Определение и диагностика патологических изменений при агонии, преагонии и клинической смерти Интерпретировать результаты клинических анализов Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей Провести ИВЛ методом вдувания «рот-в-рот» и «рот-в-нос» Провести наружный массаж сердца детям разного возраста Выполнить интубацию трахеи Провести ИВЛ с помощью дыхательной аппаратуры 	<ol style="list-style-type: none"> 5) Клиническая физиология для анестезиолога, Зильбер А.П., М., Мед, 1977 6) Патология реанимации и интенсивной терапии, Пермяков Н.К., М., Мед, 1985 7) Детская анестезиология, Э.Блек, А.Макьюан, М., 2007

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ввести внутрисердечно препараты для стимуляции и восстановления сердечной деятельности • Провести дефибрилляцию с помощью электрического разряда | |
|---|--|

3. Работа на дежурстве:

- 1) Участие в осмотре больного в приемном отделении.
- 2) Участие в обследовании и неотложной терапии тяжелых больных в отделении реанимации
- 3) Знакомство с аппаратурой и оснащением для анестезии и реанимации в отделении
- 4) Написание истории болезни

4. Вопросы и задания

- 1) Охарактеризуйте клинические проявления преагонии, агонии, клинической смерти
- 2) Какие существуют показания и противопоказания для проведения сердечно-легочной реанимации
- 3) Назовите последовательность проведения сердечно-легочной реанимации
- 4) Назовите механизм действия медикаментов, применяемых для стимуляции и восстановления сердечной деятельности при реанимации
- 5) Перечислите признаки смерти мозга
- 6) Какие ошибки могут допускаться при проведении сердечно-легочной реанимации а) на догоспитальном этапе; б) на госпитальном этапе
- 7) Составьте 2 ситуационные задачи по терминальному состоянию у детей
- 8) Составьте 3 тестовых задания по сердечно-легочной реанимации
- 9) Решите тестовые задания

1. Основные признаки клинической смерти:

- а. остановка дыхания;
- б. отсутствие сознания;
- в. расширение зрачков;
- г. отсутствие зрачкового рефлекса;
- д. отсутствие пульса на сонных артериях и АД;
- е. бледность кожи и акроцианоз;
- ж. судороги;
- з. патологический тип дыхания.

2. Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий:

- а. сужение зрачков;
- б. сухость склер глазных яблок;
- в. определение пульсовой волны на сонных артериях;
- г. улучшение цвета кожных покровов;
- д. расширение зрачков;
- е. экскурсия грудной клетки.

5. Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации:

- а. тиопентал натрия;
- б. сердечные гликозиды;
- в. эпинефрин;
- г. фуросемид;
- д. атропин;
- е. гидрокарбонат натрия;
- ж. глюкокортикоидные гормоны;
- з. хлорид калия;
- и. лидокаин.

6. Реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе:

1. санировать ротоглотку;
 2. позвать на помощь и засесть время;
 3. провести прекардиальный удар;
 4. обеспечить правильную укладку больного;
 5. начать непрямой массаж сердца;
 6. приступить к ИВЛ.
7. Правильная укладка больного при сердечно-лёгочной реанимации на догоспитальном этапе:
- а. приподнять ножной конец;
 - б. приподнять головной конец;
 - в. положить на твёрдую ровную поверхность;
 - г. положить валик под шею;
 - д. разгибание в атлanto-затылочном сочленении;
 - е. вывести нижнюю челюсть;
 - ж. сгибание в атлanto-затылочном сочленении;
 - з. подложить валик под плечи.
8. Главные преимущества ИВЛ с помощью дыхательного мешка:
- а. дозирует объём вдыхаемого воздуха;
 - б. обеспечивает необходимую частоту вентиляции;
 - в. предотвращает западение корня языка;
 - г. обеспечивает максимальную герметичность;
 - д. предотвращает аспирацию и регургитацию;
 - е. простота и доступность метода;
 - ж. вентиляция атмосферным воздухом.
9. Диагностировать фибрилляцию желудочков сердца можно:
- а. по пульсу на крупных артериях;
 - б. на ЭКГ;
 - в. при аускультации;
 - г. по анамнезу;
 - д. по изменению окраски кожных покровов;
 - е. при пальпации верхушечного толчка;
 - ж. при визуальном осмотре сердца.
10. Показанием к дефибриляции сердца является:
- а. отсутствие пульса на сонных артериях;
 - б. отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца в течение 1 мин;
 - в. максимальное расширение зрачков;
 - г. регистрация фибрилляции сердца на экране кардиомонитора;
 - д. отсутствие сознания и дыхания.

Тема 51: «Инфузионная терапия»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Понятие водно-электролитного обмена
2. Виды нарушений водно-электролитного обмена
3. Понятие о водно-солевом обмене
4. Понятие о кислотно-основном состоянии
5. Виды нарушений кислотно-основного состояния
6. Понятие об обмене белков, жиров, углеводов
7. Физиология сердечно-сосудистой системы
8. Механизм регуляции водного, электролитного, кислотно-основного баланса
9. Инфузионные растворы

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • Причины нарушений водно-электролитного и кислотно-основного баланса • Интерпретацию показателей анализов водно-электролитного и кислотно-основного баланса • Клиническую картину различных видов дегидратации, гипергидратации, ацидоза и алкалоза • Проявление состояния гипер- и гипокалиемии, гипо- и гипернатриемии • показатели общего белка, гемоглобина и количества эритроцитов • показатели гематокрита, ЦВД • состояние центральной и периферической гемодинамики • способы проведения инфузионной терапии • препараты и растворы для инфузионной терапии • технико-инструментальное обеспечение инфузионной терапии • инфузионную терапию при шоке, кишечной непроходимости, гнойно-воспалительных заболеваниях и т.д. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современная инфузионная терапия. парентеральное питание. В.Хартинг, М., Мед, 1982 2. диагностика и лечение неотложных состояний у детей. С.Я.Долецкий, М.,Мед.,1977 3. детская анестезиология и реаниматология. Михельсон В.А., М., Мед, 1985 4. инфузионная терапия и парентеральное питание. Ю.Ф.Исаков, М., Мед, 1985 5. патология реанимации и интенсивной терапии. Пермяков Н.К.,М.,Мед, 1985 6. постреанимационная болезнь, Неговский В.А., М.,Мед,1979 7. водно-солевой обмен ребенка. Вельтищев Ю.Е., М.,Мед, 1967 8. водно-электролитный обмен в хирургии. Уилкинсон А.У., М., Мед 1974 9. Детская анестезиология, Э.Блек, А.Макьюан, М., 2007 10. руководство по клинической реаниматологии. Дарбинян Т.Н., М.,Мед 1974 11. критические состояния в хирургии Рябов Г.А., М.,Мед 1979 12. Теория и практика парентерального питания. Глуценко Э.В., М., Мед, 1974 13. Анестезиология и реаниматология Ред.Долиной
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить состояние водно-электролитного обмена, • Оценить кислотно-основное состояние • Оценить состояние сердечно-сосудистой системы • Оценить текущие патологические потери воды и ионов • Составить суточную программу инфузионной терапии • Расчет объемов жидкости при разных видах дегидратации • Устранение дефицита ионов и обеспечение суточной потребности в них 	

<ul style="list-style-type: none"> • Устранение метаболического ацидоза и алкалоза • Пункция и катетеризация центральных сосудов • Владение техникой обеспечения инфузионной терапии • Контроль за проведением инфузионной терапии 	<p>О.А.,ГЭОТАР-Медиа, 2006</p>
--	--------------------------------

3. Работа на дежурстве:

- а. Участие в осмотре больного в реанимационном отделении.
- б. Выполнение пункции и катетеризации центральных и периферических вен
- в. Участие в составлении суточной программы инфузионной терапии
- г. Сборка и заполнение системы для внутривенных инфузий
- д. Уход за системой для инфузионной терапии
- е.

4. Вопросы и задания

- 1) Охарактеризуйте симптомы нарушения водно-электролитного баланса при:
 - а. дефиците воды и электролитов
 - б. избытке воды и электролитов (отеках)
- 2) Напишите примерные изменения в анализах крови, ионограмме и КОС
- 3) Какие ошибки могут допускаться при проведении инфузионной терапии
 - при расчете объема переливаемой жидкости
 - при выборе стартового препарата
 - при расчете скорости переливания
- 4) По каким показателям судят об адекватности проведения инфузионной терапии
- 5) Составьте 2 ситуационные задачи по инфузионной терапии у детей
- 6) Составьте 3 тестовых задания по инфузионной терапии
- 7) Решите тестовые задания
 1. Признаки гипертонической дегидратации:
 - а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
 2. Признаки гипотонической дегидратации:
 - а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
 3. Выраженное увеличение гематокрита отмечается при:
 - а. гипотонической гипергидратации;
 - б. анурии;
 - в. изотонической дегидратации;
 - г. гипертонической гипергидратации;
 - д. гипертонической дегидратации;
 - е. гипотонической дегидратации;

- ж. полицитемии.
4. Увеличение потребности в натрии возникает при:
- а. гипертонической дегидратации;
 - б. метаболическом алкалозе;
 - в. гипотонической дегидратации;
 - г. упорной рвоте;
 - д. диарее;
 - е. потерях с перспирацией;
 - ж. пилоростенозе;
 - з. псевдопилоростенозе.
5. К плазмозамещающим растворам относятся:
- а. декстран, средняя молекулярная масса 50000—70000;
 - б. 0,9% раствор хлорида натрия;
 - в. плацентарный альбумин;
 - г. 5% раствор глюкозы;
 - д. гемодез;
 - е. декстран, средняя молекулярная масса 30000—40000.
6. Причинами респираторного алкалоза являются:
- а. гипокалиемия;
 - б. дыхание по типу Куссмауля;
 - в. гиповентиляция;
 - г. передозировка гидрокарбоната натрия;
 - д. ИВЛ в режиме гипервентиляции;
 - е. множественные переломы рёбер;
 - ж. передозировка трометамола;
 - з. быстрый бег.
7. Причинами метаболического алкалоза являются:
- а. гипокалиемия;
 - б. дыхание по типу Куссмауля;
 - в. гиповентиляция;
 - г. передозировка гидрокарбоната натрия;
 - д. ИВЛ в режиме гипервентиляции;
 - е. множественные переломы рёбер;
 - ж. передозировка трометамола;
 - з. быстрый бег.
8. У ребёнка 6 мес норма составляет:
- а. ОЦК 80 мл/кг;
 - б. гематокрит более 30%;
 - в. гематокрит ниже
 - г. ОЦК 90 мл/кг;
 - д. ОЦК 100 мл/кг;
 - е. ОЦК 120 мл/кг.
9. Суточная потребность в белках рассчитывается:
- а. по количеству белка в плазме;
 - б. по экскреции азота с мочой;
 - в. по выделению белка с калом;
 - г. по потреблению кислорода.
10. Если инфузионная терапия у детей раннего возраста проводится без учета потерь жидкости, то об ее избыточности свидетельствуют:
- а) диарея
 - б) развитие судорог

- в) возбуждение
- г) развитие гипотонии
- д) развитие сонливости

11. Какое из указанных веществ обладает наибольшей калорийностью при парентеральном питании?

- а) глюкоза
- б) этанол
- в) ксилит
- г) сорбит

12. Восстановление ОЦК у детей раннего возраста в постреанимационном периоде лучше производить:

- а) консервированной кровью со сроком хранения 1 день
- б) консервированной кровью со сроком хранения 2 дня
- в) низкомолекулярными декстранами
- г) солевыми растворами
- д) высокомолекулярными декстранами

Тема 52: «Посиндромная интенсивная терапия»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • физиология дыхания и кровообращения • клиника острой дыхательной недостаточности и недостаточности кровообращения • клинико-лабораторные и функциональные методы исследования системы дыхания и кровообращения • норма и патология показателей дыхательных объемов, газового состава крови, ЭКГ, ОЦК, ЦВД, центральной и периферической гемодинамики, • аппаратура для проведения ИВЛ и мониторингового контроля за состоянием дыхания и кровообращения • гипербаротерапия и методика её проведения • пневмопатия новорожденных. Методика СДППД • медикаментозная терапия 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская анестезиология и реаниматология. Михельсон В.А., М., Мед, 1985 2. клиническая физиология для анестезиолога. Зильбер А.П., М., Мед, 1977 3. Патологические синдромы в педиатрии. Ред. Лукьяновой Е.М. 4. Детская анестезиология, Э.Блек, А.Макьюан, М., 2007 5. руководство по клинической реаниматологии. Дарбинян Т.Н., М., Мед 1974 6. Критические состояния в хирургии Рябов Г.А., М., Мед 1979 7. Анестезиология и реаниматология Ред. Долиной О.А., ГЭОТАР-Медиа, 2006 8. Искусственная вентиляция легких при ОДН, Зильбер А.П., М., Мед, 1978
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правильная трактовка клинических симптомов и функциональных методов исследования при острых нарушениях дыхания и кровообращения • Перкуссия и аускультация легких и сердца • Обеспечение и поддержание свободной проходимости дыхательных путей • Прямая ларингоскопия и интубация трахеи • Проведение оксигенотерапии • ИВЛ с помощью лицевых масок • Аппаратная ИВЛ • Аэрозольная терапия • Владение методикой СДППД • Неотложные мероприятия при отеке легких, обмороке, пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии 	

3. Работа на дежурстве:

- 1) Участие в осмотре и диагностике больного с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью
- 2) Проведение пункции и катетеризации подключичной вены по Сельдингеру
- 3) Налаживание системы для оксигенотерапии
- 4) Выполнение интубации трахеи и аппаратной ИВЛ
- 5) Интерпретация показателей анализов газов крови, ионограммы, свертывающей системы

4. Вопросы и задания

- 1) Охарактеризуйте основные клинические симптомы при:
 - б) ОДН
 - 7) Острой сердечно-сосудистой недостаточности
- 2) Стадии сердечно-сосудистой недостаточности
- 3) Напишите примерные изменения в параметрах газового состояния крови при респираторном ацидозе и алкалозе, а также гемодинамические изменения при острой сердечно-сосудистой недостаточности
- 4) Какие ошибки могут допускаться на различных этапах оказания помощи при острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности у детей
 - а. Родителями
 - б. Врачом скорой помощи
 - в. Участковым педиатром
 - г. Приемным отделением стационара
 - д. Врачом-реаниматологом
- 5) Составьте по 2 ситуационные задачи по острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
- 6) Составьте 3 тестовых задания по острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
- 7) Решите тестовые задания
 1. Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации:
 - а. тиопентал натрия;
 - б. сердечные гликозиды;
 - в. эпинефрин;
 - г. фуросемид;
 - д. атропин;
 - е. гидрокарбонат натрия;
 - ж. глюкокортикоидные гормоны;
 - з. хлорид калия;
 - и. лидокаин.
 2. При диагностике отёка мозга используются:
 - а. рентгенография костей черепа;
 - б. осмотр глазного дна;
 - в. электроэнцефалография;
 - г. измерение ЦВД;
 - д. реоэнцефалография;
 - е. эхоэнцефалография.
 3. При отёке мозга для дегидратации используются:
 - а. 5% раствор глюкозы;
 - б. фуросемид;
 - в. гемодез;
 - г. маннитол;
 - д. альбумин 10—20%;
 - е. декстран, средняя молекулярная масса 50000—70000.

4. Для купирования судорог используются:
 - а. гормоны;
 - б. фуросемид;
 - в. диазепам;
 - г. оксибат натрия;
 - д. миорелаксанты;
 - е. препараты барбитуровой кислоты.
5. Признаки гипертонической дегидратации:
 - а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
6. Признаки гипотонической дегидратации:
 - а. выраженная жажда;
 - б. гипотермия;
 - в. снижение тургора кожи;
 - г. гиперемия кожи;
 - д. выраженная сухость слизистых оболочек;
 - е. раннее падение АД;
 - ж. повышенное АД.
7. Выраженное увеличение гематокрита отмечается при:
 - а. гипотонической гипергидратации;
 - б. анурии;
 - в. изотонической дегидратации;
 - г. гипертонической гипергидратации;
 - д. гипертонической дегидратации;
 - е. гипотонической дегидратации;
 - ж. полицитемии.
8. Клиническая картина при клонических судорогах:
 - а. быстро начинаются;
 - б. медленное развитие судорог;
 - в. охватывают крупные мышцы;
 - г. охватывают мелкие мышцы;
 - д. продолжительные;
 - е. быстро проходящие.
9. Клиническая картина при тонических судорогах:
 - а. быстро начинаются;
 - б. медленное развитие судорог;
 - в. охватывают крупные мышцы;
 - г. охватывают мелкие мышцы;
 - д. продолжительные;
 - е. быстро проходящие.
10. При отёке лёгких у детей используют:
 - а. сердечные гликозиды;
 - б. периферические вазодилататоры;
 - в. салуретики;
 - г. осмодиуретики;
 - д. в-адреноблокаторы;

- е. ганглиоблокаторы;
- ж. инотропы (синтетические катехоламины).

Тема 53: «Шок различной этиологии»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Понятие шока
 - а. травматического
 - б. гиповолемического
 - в. токсико-септического
 - г. ожогового
 - д. анафилактического
2. Патогенез шока различной этиологии
3. Особенности клиники травматического шока у детей
4. Эректильная и торпидная фаза травматического шока у детей
5. Стадии травматического шока
6. Особенности клиники гиповолемического шока
7. Особенности клинического течения токсико-септического шока
8. Особенности клинического течения ожогового шока
9. Особенности клинического течения анафилактического шока

2. Определение целей занятия.

Студент должен знать	Литература
<ul style="list-style-type: none"> • этиология и патогенез шока • изменения центральной и периферической гемодинамики при шоке различной этиологии • основные принципы интенсивной терапии шоковых состояний • нарушения газообмена при шоковых состояниях • клиничко-лабораторные изменения при шоке • изменения центральной нервной системы • фармакологические средства, применяемые при интенсивной терапии шоковых состояний 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детская анестезиология и реаниматология. Михельсон В.А., М., Мед, 1985 2. Хирургический шок. Дьяченко П.К., Л., Мед, 1968 3. Диагностика и лечение шока. Вейль М., Шубин Л., М.,Мед, 1971 4. Клиническая физиология для анестезиолога. Зильбер А.П., М., Мед, 1977 5. Патологическая физиология травмы м шока, Кулагин В.К., М., Мед, 1978 9. Руководство по клинической реаниматологии. Дарбинян Т.Н., М.,Мед 1974 10. Критические состояния в хирургии Рябов Г.А., М.,Мед 1979 11. Искусственная вентиляция легких при ОДН, Зильбер
<p>Студент должен уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагностика различных видов шока • Интерпретация клиничко-лабораторные изменения при шоке • Оказание неотложной помощи при различных видах шока • Владение техникой проведения инфузионной терапии • Методы обезболивания при шоке • Владение методиками искусственной вентиляции легких • Коррекция нарушений водно-электролитного об- 	

<p>мена, ОЦК, ЦВД</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коррекция нарушений кислотно-основного состояния • Коррекция коагулопатических расстройств • Антибактериальная и десенсебилизационная терапия 	<p>А.П., М., Мед, 1978</p>
---	----------------------------

3. Работа на дежурстве:

- 1) Участие в осмотре больного в приемном отделении
- 2) Участие в обследовании и лечении больных в реанимационном отделении
- 3) Проведение интубации трахеи и ИВЛ
- 4) Пункция и катетеризация подключичной вены по Сельдингеру, установка системы капельного вливания инфузионных препаратов

4. Вопросы и задания

- 1) Охарактеризуйте клинические проявления при:
 - а) Травматическом шоке
 - б) Геморрагическом шоке
 - в) Септическом шоке
 - г) Анафилактическом шоке
 - д) Ожоговом шоке
- 2) Напишите примерные гемодинамические изменения при различных степенях травматического, гиповолемического шока
- 3) Какие изменения могут вызвать септические состояния и кровопотеря в свертывающей системе
- 4) Какие ошибки могут допускаться при терапии травматического шока:
 - а. На догоспитальном этапе,
 - б. В приемном отделении стационара
 - в. В реанимационном отделении
- 5) Составьте 2 ситуационные задачи по шоку у детей
- 6) Составьте 3 тестовых задания по шоку у детей
- 7) Решите тестовые задания
 1. У детей чаще всего септический шок возникает при:
 - а) пиодермии
 - б) остром гематогенном остеомиелите
 - в) перитоните
 - г) пневмонии
 - д) пиелонефрите
 2. Для септического шока характерно все, кроме:
 - а) синдром "шокового легкого"
 - б) острая почечная недостаточность
 - в) острая печеночная недостаточность
 - г) острая сердечная недостаточность
 - д) обтурационная кишечная непроходимость
 3. Триада продромальных симптомов септического шока:
 - а) нарушение сознания
 - б) наличие очага инфекции
 - в) падение АД
 - г) гипервентиляция с респираторным алкалозом
 - д) акроцианоз
 4. О нарушении микроциркуляции свидетельствует:
 - а) дистальная гипотермия
 - б) бледность

- в) мраморность
 - г) цианоз
 - д) петехиальная сыпь
5. Направления интенсивной терапии при септическом шоке:
- а) санация септического очага
 - б) нормализация ОЦК
 - в) лечение нарушений КОС
 - г) санационная бронхоскопия
 - д) антибактериальная терапия
 - е) подавление реакции на прорыв инфекции
 - ж) лечение ДВС-синдрома
 - з) гормонотерапия
 - и) пассивная иммунизация
6. Стартовый препарат при анафилактическом шоке:
- а) гормоны
 - б) адреналин
 - в) эуфиллин
 - г) кальция хлорид
7. К какому из перечисленных видов шока можно отнести ожоговый?
- а. Болевой
 - б. Токсический
 - в. Гиповолемический
 - г. Септический
 - д. Кетоацидотический
 - е. Гипогликемический
 - ж. Анафилактический
8. Что из перечисленного является основным компонентом терапии ожогового шока у детей?
- а. Назначение обезболивающих средств
 - б. Инфузионная терапия, направленная на компенсацию патологических потерь жидкости
 - в. Инфузионная дезинтоксикационная терапия
 - г. Введение антигистаминных средств и ингибиторов протеолиза
 - д. Назначение больших доз антибактериальных препаратов
 - е. Назначение стероидных гормонов