

ОРД-ПЕД-23

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 31.05.19
Педиатрия, утвержденной 13.04.2023 г.

Владикавказ, 2023

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы клинических ординаторов педиатров
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине «Детская хирургия»

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

СОДЕРЖАНИЕ

1. Острый аппендицит, перитонит. Первичный перитонит у девочек.
2. Врожденная кишечная непроходимость.
3. Приобретенная кишечная непроходимость.
4. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей.
5. Острый и хронический остеомиелит у детей различных возрастных групп.
6. Особенности травматологии детского возраста. Характерные виды повреждений.
7. Пороки развития почек и мочевыводящих путей.

Тема «Острый аппендицит»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

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

Клиника

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

Диагностика

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

Лечение

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

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

Студент должен уметь

Сбор анамнез

- Налаживание контакта с больным

1. Пропедевтика детских болезней.

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Охарактеризуйте морфологические изменения в червеобразном отростке при:

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

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

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

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

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

8. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз острого аппендицита»

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

9. Тестовые задания

1. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

а. на спине;

б. на животе;

в. на правом боку с приведенными ногами;

г. на левом боку;

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

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

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

10. Составьте ситуационную задачу по острому аппендициту у детей.

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

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



Тема «Врождённая кишечная непроходимость. Врождённый пилоростеноз»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

шечной непроходимости.

- Строение пилоро-дуоденальной зоны.

Этиология

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

Патогенез

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

Клиника

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

Диагностика

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

Лечение

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

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

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

3. Работа на дежурстве.

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

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

5. Что называется «средней кишкой»?

6. Какие пороки развития включает в себя синдром Ледда?

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

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

8. Заполните таблицу «Врождённой кишечной непроходимости»

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

Динамическая непроходимость							
Желудочно-пищеводный рефлюкс							
Адреногенитальный синдром							

9. Тестовые задания.

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

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

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



Тема «Приобретённая кишечная непроходимость у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

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

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Какая наиболее частая причина приобретённой кишечной непроходимости?

5. Дайте определение рентгенологическим симптомам:

«Чаши Клойбера» - это:

«Арки» - это:

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

7. Рентгенологические признаки высокой и низкой кишечной непроходимости.

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

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

Родителями –

Педиатром поликлиники –

Врачом скорой помощи –

Хирургом приёмного отделения –

Хирургом хирургического отделения –

10. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз приобретённой кишечной непроходимости»

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

11. Тестовые задания

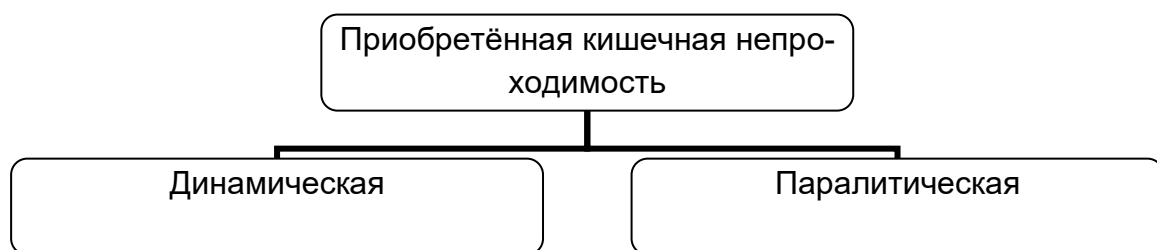
1. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости являются:
 - а. уровни жидкости в кишечных петлях;
 - б. равномерное повышенное газонаполнение кишечника;
 - в. свободный газ в брюшной полости;
 - г. наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости.
2. Врождённая высокая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

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

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

- б. На вторые-третьи сутки
 - в. На четвертые-пятые сутки
 - г. На седьмые-тринадцатые сутки
 - д. С четырнадцати суток до одного месяца
 - е. После одного месяца
16. Какова допустимая продолжительность консервативного лечения ранней спаечно-паретической непроходимости?
- а. До 3-6 часов
 - б. 12 часов
 - в. 24 часов
 - г. 48 часов
 - д. 72 часов
17. В чем состоят принципы оперативного лечения ранней спаечно-паретической непроходимости?
- а. В рассечении спаек
 - б. Подвешной энтеростомии
 - в. Терминальной энтеростомии
 - г. Наложении противоестественного ануса
 - д. Санации брюшной полости
18. В чем состоят принципы оперативного лечения ранней простой и отсроченной, а также поздней спаечной непроходимости?
- а. В рассечении спаек
 - б. Подвешной энтеростомии
 - в. Терминальной энтеростомии
 - г. Наложении противоестественного ануса
 - д. Санации брюшной полости
12. Составьте ситуационную задачу по острому аппендициту у детей.
13. Составьте 2 тестовых задания по острому аппендициту у детей.

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



Тема: «Хирургическая инфекция у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

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

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

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

3. Работа на дежурстве

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

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

9. Тестовые задания:

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

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

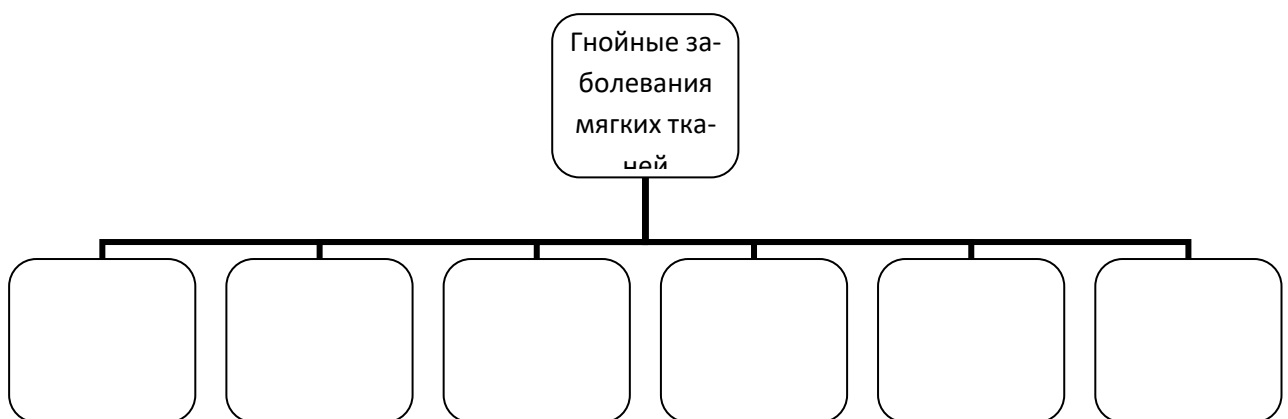
- г. Наличие дополнительных путей инфицирования у новорожденного
 - д. Переносимость
9. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:
- а. пояснично-крестцовая область;
 - б. грудная клетка;
 - в. лицо;
 - г. промежность и половые органы;
 - д. конечности.
10.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

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

10. Составление ситуационной задачи.

11. Составление 2 тестовых заданий.

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



Тема: «Острый гематогенный остеомиелит у детей»

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия.

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

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

3. Работа на дежурстве

1. Прием больного с ОГО длинных трубчатых костей

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

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

9. Тестовые задания

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

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

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

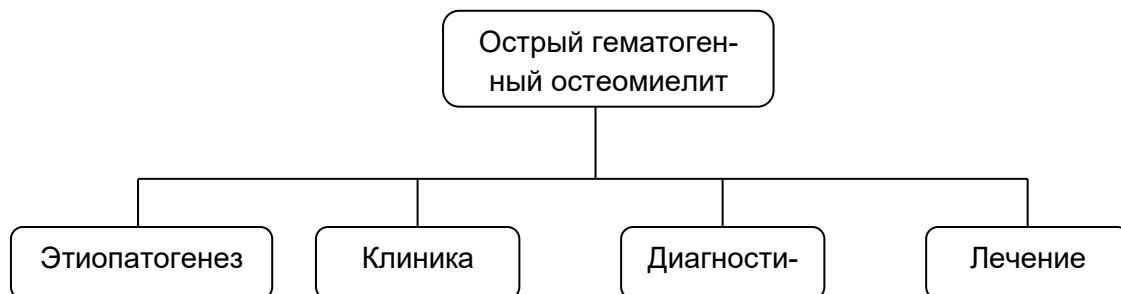
- г. иммобилизации конечности лонгетой;
 - д. вытяжения по Шеде;
 - е. мазовых повязок, консервативно.
13. Из перечисленных отметьте три кости, которые наиболее часто поражаются ОГО:
- а. Ключица
 - б. Предплечья
 - в. Кисти
 - г. Плечо
 - д. Стопы
 - е. Голени
 - ж. Бедро
14. Наиболее характерные ранние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

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

10. Составление ситуационной задачи.

11. Составление 2 тестовых заданий.

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



Тема «Особенности травматических повреждений у детей».

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

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

2. Определение целей занятия.

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

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

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

3. Работа на дежурстве.

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

4. Решите тестовые задания.

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

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

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

5. Заполните таблицу «Дифференциальный диагноз травматических повреждений»:

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

6. Составьте ситуационную задачу по теме.

7. Составьте 2 тестовых задания по теме.

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



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

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

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

3. Работа на дежурстве

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

4. Классификация аномалий развития почек.

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

6. Проведите дифференциальный диагноз между дистопией почки и нефроптозом.

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

1. количества _____

2. положения _____

3. взаимоотношения _____

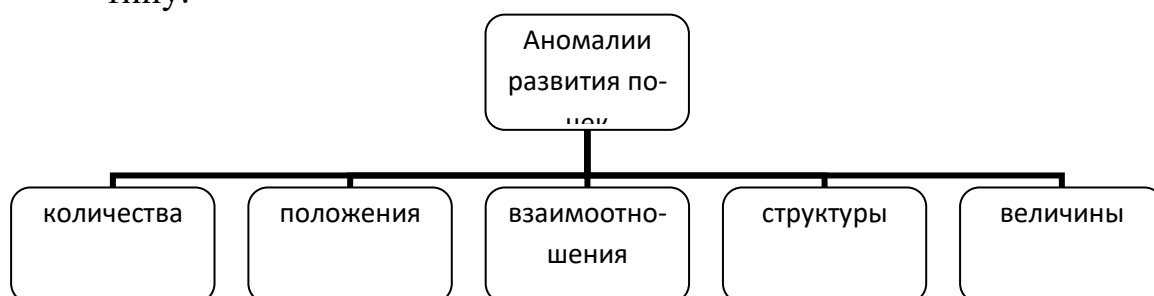
4. величины _____

5. структуры _____

8. Составьте ситуационную задачу по теме.

9. Составление 2 тестовых задания по теме.

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



Гипоспадия, эписпадия.

3. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

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

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

3. Дайте определение гипоспадии (эписпадии)

4. Перечислите формы гипоспадии (эписпадии)

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

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

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

8. Какие методы оперативного лечения вы знаете?

9. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

10. Составьте ситуационную задачу по гипоспадии у детей.

11. Составьте ситуационную задачу по эписпадии у детей.

12. Составьте 2 тестовых задания по гипоспадии

13. Составьте 2 тестовых задания по эписпадии

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



4. Составьте графологическую схему по теме «Эписпадия»



Экстрофия мочевого пузыря.

1. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

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

2. Определение целей занятия

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

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

3. Дайте определение экстрофии мочевого пузыря

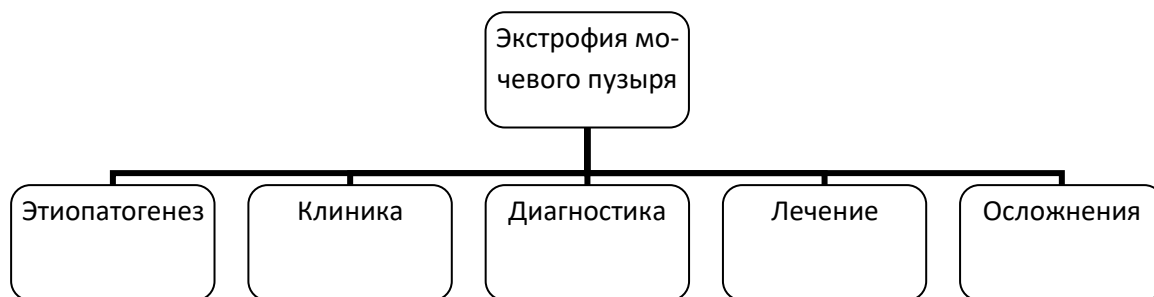
4. Перечислите клинические признаки экстрофии мочевого пузыря

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

6. Лечебная тактика при экстрофии мочевого пузыря

7. Каковы сроки хирургического вмешательства?

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



13. Решите тестовые задания

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

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

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