	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 1 -</p>
--	---	---	--------------

**Методические указания
для обучающихся**



Тематический план практических занятий (и/или семинаров и т.д.)

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Объем по семестрам	
		3	4
	2	3	4
	Раздел «Неотложная хирургия»		
1.	Тема № 1. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Перитонит. Часть 1.	8	1,5
2.	Тема № 1. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Перитонит. Часть 2.	8	1,5
3.	Тема № 1. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Перитонит. Часть 3.	8	1,6
4.	Тема № 2. Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Странгуляционная и обтурационная непроходимость. Динамическая непроходимость кишечника. Часть 1.	8	1,5
5.	Тема № 2 Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Странгуляционная и обтурационная непроходимость. Динамическая непроходимость кишечника. Часть 2.	8	1,5
6.	Тема № 2 Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Странгуляционная и обтурационная непроходимость. Динамическая непроходимость кишечника. Часть 3.	8	1,6
7.	Тема № 3 Острый гематогенный остеомиелит. Особенности течения остеомиелита у новорожденных Хронический остеомиелит. Первично – хронические и атипичные формы остеомиелита.	8	1,5
8.	Тема № 3 Острый гематогенный остеомиелит. Особенности течения остеомиелита у новорожденных Хронический остеомиелит. Первично – хронические и атипичные формы остеомиелита.	8	1,5
9.	Тема № 3 Острый гематогенный остеомиелит. Особенности течения остеомиелита у новорожденных Хронический остеомиелит. Первично – хронические и атипичные формы остеомиелита.	8	1,6
10.	Тема №4 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей у детей. Сепсис. Часть 1	8	1,5
11.	Тема №4 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей у детей. Сепсис. Часть 2	8	1,5
12.	Тема №4 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей у детей. Сепсис. Часть 3	8	1,6
	Раздел «Плановая хирургия»	8	
13.	Тема № 5 Патология вагинального отростка брюшины. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Сроки хирургического лечения. Тактика врача –педиатра. Часть 1.	8	1,5



14.	Тема № 5 Патология вагинального отростка брюшины. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Сроки хирургического лечения. Тактика врача –педиатра. Часть 2.	8	1,5
15.	Тема № 5 Патология вагинального отростка брюшины. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Сроки хирургического лечения. Тактика врача – педиатра. Часть 3.	8	1,6
16.	Тема № 6 Патология пупочной области. Пупочные грыжи, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного и мочевого протоков. Часть 1.	8	1,5
17.	Тема № 6 Патология пупочной области. Пупочные грыжи, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного и мочевого протоков. Часть 2.	8	1,5
18.	Тема № 6 Патология пупочной области. Пупочные грыжи, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного и мочевого протоков. Часть 3	8	1,6
19.	Тема № 7 Крипторхизм. Варикоцеле. Синдром отечной мошонки. Часть 1.	8	1,5
20.	Тема № 7 Крипторхизм. Варикоцеле. Синдром отечной мошонки. Часть 2	8	1,5
21.	Тема № 7 Крипторхизм. Варикоцеле. Синдром отечной мошонки. Часть 3	8	1,6
22.	Тема № 8 Пороки развития челюстно – лицевой области. Черепно – мозговые, спинномозговые грыжи. Часть 1.	8	1,5
23.	Тема № 8 Пороки развития челюстно – лицевой области. Черепно – мозговые, спинномозговые грыжи. Часть 2.	8	1,5
24.	Тема № 8 Пороки развития челюстно – лицевой области. Черепно – мозговые, спинномозговые грыжи. Часть 3.	8	1,6
25.	Тема № 9 Патология толстой кишки у детей. Поликлиника. Организация работы хирургического кабинета. Часть 1.	8	1,5
26.	Тема № 9 Патология толстой кишки у детей. Поликлиника. Организация работы хирургического кабинета. Часть 2.	8	1,5
27.	Тема № 9 Патология толстой кишки у детей. Поликлиника. Организация работы хирургического кабинета. Часть 3.	8	1,6
28.	Раздел «Травматология»	9	
29.	Тема № 10 Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей скелета у детей. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями. Часть 1.	9	1,5
30.	Тема № 10 Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей скелета у детей. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями. Часть 2.	9	1,5
31.	Тема № 10 Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей скелета у детей. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями. Часть 3.	9	1,5



32.	Тема № 11 Повреждения верхней и нижней конечностей у детей. Часть 1.	9	1,5
33.	Тема № 11 Повреждения верхней и нижней конечностей у детей. Часть 2.	9	1,5
34.	Тема № 11 Повреждения верхней и нижней конечностей у детей. Часть 3.	9	1,5
35.	Тема № 12 Повреждения позвоночника и костей таза у детей. Этиопатогенз. Клиника. Неотложная помощь. Принципы лечения и реабилитации. Часть 1.	9	1,5
36.	Тема № 12 Повреждения позвоночника и костей таза у детей. Этиопатогенз. Клиника. Неотложная помощь. Принципы лечения и реабилитации. Часть 2	9	1,5
37.	Тема № 12 Повреждения позвоночника и костей таза у детей. Этиопатогенз. Клиника. Неотложная помощь. Принципы лечения и реабилитации. Часть 3.	9	1,5
38.	Тема № 13 Черепно-мозговая травма у детей. Часть 1.	9	1,5
39.	Тема № 13 Черепно-мозговая травма у детей. Часть 2.	9	1,5
40.	Тема № 13 Черепно-мозговая травма у детей. Часть 3.	9	1,5
41.	Тема № 14 Травматические повреждения органов брюшной полости у детей. Часть 1.	9	1,5
42.	Тема № 14 Травматические повреждения органов брюшной полости у детей. Часть 2.	9	1,5
43.	Тема № 14 Травматические повреждения органов брюшной полости у детей. Часть 3.	9	1,5
44.	Тема № 15 Ожоги и отморожения у детей. Часть 1.	9	1,5
45.	Тема № 15 Ожоги и отморожения у детей. Часть 2.	9	1,5
46.	Тема № 15 Ожоги и отморожения у детей. Часть 3.	9	1,5
47.	Раздел «Ортопедия»		
48.	Тема № 16 Врожденный вывих бедра. Классификация. Сроки и принципы консервативного и оперативного лечения. Врожденная косолапость и кривошея. Часть 1.	9	1,5
49.	Тема № 16 Врожденный вывих бедра. Классификация. Сроки и принципы консервативного и оперативного лечения. Врожденная косолапость и кривошея. Часть 2.	9	1,5
50.	Тема № 16 Врожденный вывих бедра. Классификация. Сроки и принципы консервативного и оперативного лечения. Врожденная косолапость и кривошея. Часть 3.	9	1,5
51.	Тема № 17 Нарушения осанки, кифо-сколиоз. Остеохондропатии. Часть 1.	9	1,5
52.	Тема № 17 Нарушения осанки, кифо-сколиоз. Остеохондропатии. Часть 2.	9	1,5
53.	Тема № 17 Нарушения осанки, кифо-сколиоз. Остеохондропатии. Часть 3.	9	1,5
54.	Раздел «Урология»		
55.	Тема № 18 Программа обследования урологических больных. Часть 1.	9	2




56.	Тема № 18 Программа обследования урологических больных. Часть 2.	9	2
57.	Тема № 19 Гидронефроз, уретерогидронефроз. Часть 1.	9	2
58.	Тема № 19 Гидронефроз, уретерогидронефроз. Часть 2.	9	2
59.	Тема № 20 Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Инфравезикальная обструкция. Часть 1.	9	2
60.	Тема № 20 Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Инфравезикальная обструкция. Часть 2.	9	2
61.	Тема № 21 Травма почек и уретры. Синдром отежной мошонки. Часть 1.	9	2
62.	Тема № 21 Травма почек и уретры. Синдром отежной мошонки. Часть 2.	9	2
63.	Тема № 22 Гипоспадия. Нарушение формирования пола. Часть 1.	10	1,5
64.	Тема № 22 Гипоспадия. Нарушение формирования пола. Часть 2.	10	1,5
65.	Тема № 22 Гипоспадия. Нарушение формирования пола. Часть 3.	10	1,6
66.	Тема № 23 Нейрогенный мочевой пузырь, энурез. Поликлиника. Часть 1.	10	1,5
67.	Тема № 23 Нейрогенный мочевой пузырь, энурез. Поликлиника. Часть 2.	10	1,5
68.	Тема № 23 Нейрогенный мочевой пузырь, энурез. Поликлиника. Часть 3.	10	1,6
69.	Раздел «Торакальная хирургия»		
70.	Тема № 24 Заболевания и пороки развития пищевода. Часть 1	10	1,5
71.	Тема № 24 Заболевания и пороки развития пищевода. Часть 2.	10	1,5
72.	Тема № 24 Заболевания и пороки развития пищевода. Часть 3.	10	1,6
73.	Тема № 25 Ожоги пищевода, рубцовые сужения пищевода. Часть 1.	10	1,5
74.	Тема № 25 Ожоги пищевода, рубцовые сужения пищевода. Часть 2.	10	1,5
75.	Тема № 25 Ожоги пищевода, рубцовые сужения пищевода. Часть 3.	10	1,6
76.	Тема № 26 Заболевания и пороки развития легких. Часть 1.	10	1,5
77.	Тема № 26 Заболевания и пороки развития легких. Часть 2.	10	1,5
78.	Тема № 26 Заболевания и пороки развития легких. Часть 3.	10	1,6
79.	Тема № 27 Пороки развития трудной клетки. Часть 1.	10	1,5
80.	Тема № 27 Пороки развития трудной клетки. Часть 2.	10	1,5
81.	Тема № 27 Пороки развития трудной клетки. Часть 3.	10	1,6
82.	Раздел «Хирургия новорожденных»		
83.	Тема № 28. Синдром "острого живота у новорожденных и детей грудного возраста. Язвенно – некротический	10	1,5



	энтероколит новорожденных. Часть 1.		
84.	Тема № 28. Синдром "острого живота у новорожденных и детей грудного возраста. Язвенно – некротический энтероколит новорожденных. Часть 2.	10	1,5
85.	Тема № 28. Синдром "острого живота у новорожденных и детей грудного возраста. Язвенно – некротический энтероколит новорожденных. Часть 3.	10	1,6
86.	Тема № 29 Синдром «рвоты молоком» у детей грудного возраста. Часть 1.	10	1,5
87.	Тема № 29 Синдром «рвоты молоком» у детей грудного возраста. Часть 2.	10	1,5
88.	Тема № 29 Синдром «рвоты молоком» у детей грудного возраста. Часть 3.	10	1,6
89.	Тема № 30 Синдром дыхательной недостаточности, выданный хирургическими болезнями новорожденных. Часть 1.	10	1,5
90.	Тема № 30 Синдром дыхательной недостаточности, выданный хирургическими болезнями новорожденных. Часть 2.	10	1,5
91.	Тема № 30 Синдром дыхательной недостаточности, выданный хирургическими болезнями новорожденных. Часть 3.	10	1,6
92.	Тема № 31 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Поликлиника. Часть 1.	11	2
93.	Тема № 31 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Поликлиника. Часть 2.	11	1,5
94.	Тема № 31 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Поликлиника. Часть 3.	11	1,5
95.	Тема № 31 Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Поликлиника. Часть 4.	11	1,25
96.	Тема № 32 Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных. Часть 1.	11	2
97.	Тема № 32 Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных. Часть 2.	11	1,5
98.	Тема № 32 Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных. Часть 3.	11	1,5
99.	Тема № 32 Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных. Часть 4.	11	1,25
100.	Тема № 33 Аноректальные пороки развития у новорожденных. Часть 1.	11	2
101.	Тема № 33 Аноректальные пороки развития у новорожденных. Часть 2.	11	1,5
102.	Тема № 33 Аноректальные пороки развития у новорожденных. Часть 3.	11	1,5



103.	Тема № 33 Аноректальные пороки развития у новорожденных. Часть 4.	11	1,25
104.	Раздел «Абдоминальная хирургия»		
105.	Тема № 34 Синдром боли в животе. Часть 1.	11	2
106.	Тема № 34 Синдром боли в животе. Часть 2.	11	1,5
107.	Тема № 34 Синдром боли в животе. Часть 3.	11	1,5
108.	Тема № 34 Синдром боли в животе. Часть 4.	11	1,25
109.	Тема № 35 Синдром "пальпируемой опухоли". Часть 1.	11	2
110.	Тема № 35 Синдром "пальпируемой опухоли". Часть 2.	11	1,5
111.	Тема № 35 Синдром "пальпируемой опухоли". Часть 3.	11	1,5
112.	Тема № 35 Синдром "пальпируемой опухоли". Часть 4.	11	1,25
113.	Тема № 36 Хронические запоры у детей. Часть 1.	11	2
114.	Тема № 36 Хронические запоры у детей. Часть 2.	11	1,5
115.	Тема № 36 Хронические запоры у детей. Часть 3.	11	1,5
116.	Тема № 36 Хронические запоры у детей. Часть 4.	11	1,25
117.	Тема № 37 Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Часть 1.	11	2
118.	Тема № 37 Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Часть 2.	11	1,5
119.	Тема № 37 Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Часть 3.	11	1,5
120.	Тема № 37 Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Часть 4.	11	1,25
121.	Тема № 38 Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Часть 1.	11	2
122.	Тема № 38 Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Часть 2.	11	1,5
123.	Тема № 38 Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Часть 3.	11	1,5
124.	Тема № 38 Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Часть 4.	11	1,25
	Итого		185

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 8 -</p>
--	---	---	--------------

Занятие №1

Тема занятия: «Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Перитонит»

Часть 1

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Морально этические нормы, принципы и правила врачебного поведения, права врача и больного, методику сбора информации у детей и их родителей (законных представителей).
2. Знать общие принципы оформления рецептов и медицинских прописей; ведение типовой отчетно-учетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях системы охраны материнства и детства.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Оказать первичную врачебную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь и первичную специализированную медицинскую помощь детям по профилю «неотложная хирургия».
2. Организовать взаимодействие с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Синдром острой боли в животе у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, алгоритм действия, тактика врача – педиатра, принципы обследования и лечения у детей. Классификация перитонита.
2. Факторы, способствующие развитию перитонита у детей раннего возраста. Нарушение внутренней среды и патологические синдромы (токсический шок, гиперемия, интоксикация, сдвиги кислотно-основного равновесия и водно-солевого обмена).

Часть 2

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.


2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Методику сбора информации у детей и их родителей (законных представителей); знать методику осмотра детей с хирургической патологией; знать медицинские показания к использованию современных методов инструментальной диагностики хирургических заболеваний у детей.
2. Современную классификацию, клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у детей; Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем; этиологию и патогенез хирургических заболеваний у детей; современную классификацию, клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у детей.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 9 -</p>
--	---	---	--------------

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения
2. Собрать хирургический анамнез.

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Предоперационная подготовка. Коррекция патофизиологических сдвигов.
2. Частные виды перитонита (перитонит у новорожденных (септический, мекониевый, перфоративный), Диплококковый перитонит. Клиника, диагностика, лечение всех видов. Особенности диагностики и метода оперативного вмешательства

Часть 3

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,6 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Современную классификацию, клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у детей; Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем;
2. Этиологию и патогенез хирургических заболеваний у детей; современную классификацию, клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у детей.
3. Порядки оказания медицинской помощи детям с хирургической патологией;
4. Клиническую картину состояний, возникающих при хирургических заболеваниях и требующих неотложной помощи детям; принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в стационарных условиях.
5. Основы доказательной медицины; основные принципы и методику планирования и выполнения научных исследований

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Оформить необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.
2. Составлять план диагностических мероприятий для пациентов с подозрением на острый аппендицит.
3. Составлять план лечебных мероприятий. Виды терапии. Сроки и показания для хирургического вмешательства.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Осложнения перитонита (абсцедирование, непроходимость кишечника). Пути профилактики и лечения.
2. Особенности диагностики и методы оперативного вмешательства, применяемый для данного вида патологии.


8. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 10 -</p>
--	---	---	---------------

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.
3. **Демонстрация:**
4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Задание 1

Девочка 5 лет в последние сутки стала вялой, ночью спала плохо из-за болей в животе, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре общее состояние тяжелое, жалобы на боли в животе, температура тела $39,8^{\circ}\text{C}$, пульс 120 ударов в минуту, ребенок лежит на правой стороне с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области, там же мышечное напряжение. Симптомы Ровзинга, Раздольского, Щеткина-Блюмберга положительные. Ректальное обследование без особенностей.

Задание 2

Во время операции по поводу острого аппендицита, хирург перевязывает сосуды брыжейки червеобразного отростка. Ветвь какой артерии перевязана во время вмешательства?

- A. a. colisca dextra.
- B. a. mesenterica inferior.
- C. a. ileocolica.
- D. a. colisca media.
- E. a. colisca sinistra.

Задание 3

У мальчика Д. 13 лет, на 3-е сутки после оперативного вмешательства по поводу острого деструктивного аппендицита сохраняется гнойное отделяемое по дренажам из брюшной полости. Необходимо изучить его микробиологическое состояние. С помощью какого микробиологического исследования вы получите результат для нескольких возбудителей инфекции сразу?

Задание 4

Девочка 10 лет в последние 12 часов жалуется на боли в животе, ночью спала плохо, была двукратная рвота. При осмотре общее состояние средне тяжелое, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, пульс 100 ударов в минуту. При пальпации живота определяется болезненность у правой подвздошной области, там же мышечное напряжение. Симптомы Ровзинга, Раздольского, Щеткина-Блюмберга положительные. Ректально без особенностей. Анализ крови: эр- 3,6 Т/Л, Лейкоциты 12,0 Г/Л, Нб-100 Г/Л, Нт-50%. Ацетон мочи +++.


Задание 5

У больного Д., 7 лет острый аппендицит, перитонит, что нуждается в назначении антибиотикотерапии. Выберите антибиотик?

Задание для проверки итогового освоения материала

Задание 1

У девочки 13 лет на протяжении 3 суток были боли в животе, повышения температуры тела, рвет. Во время осмотра ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела $37,9^{\circ}\text{C}$. Пульс 92 в минуту, частота дыхания 25 в минуту. Живот

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 11 -</p>
--	---	---	---------------

не сдут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6х6 см. Симптом Щеткина—Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16,2х10⁹/л. Какие симптомы свидетельствуют о наличии интоксикации у ребенка?

- А. Боли в животе, рвота;
- В. Боли в животе, образование, пальпируемое в животе, вздутие живота;
- С. Повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, тахикардия, тахипное;
- Д. Давность заболевания, тахикардия;
- Е. Боли в животе, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

Задание 2

Девочка Г. 14 лет заболела внезапно, 15 часов назад, когда появились боли в животе, подъем температуры тела до 39⁰С, а затем присоединилась рвота и частый жидкий стул. Девочка стала вялой. Объективно: общее состояние тяжелое. Язык обложен, сухой. Живот почти участвует в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании выявлено нависание передней стенки прямой кишки. В крови лейкоцитоз, ускоренные СОЭ. Какие свойства брюшины больше всего обуславливают развитие данного состояния ребенка?

- А. Способность брюшины к всасыванию;
- В. Большая площадь брюшины;
- С. Большое количество нервных окончаний;
- Д. Развитая сосудистая сетка;
- Е. Склонность к образованию соединений.

Задание 3


Восьмилетняя девочка заболела остро, около 5 часов назад, когда появились боли в животе, рвота, головная боль, жидкий стул, повышение температуры тела до 39 С. Живот при пальпации резко болезненный и напряженный в нижних отделах, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Из половой щели слизисто-гнойные выделения. Какой предварительный диагноз?

- А. Острый аппендицит;
- В. Острый мезаденит;
- С. Болезнь Крона;
- Д. Острая кишечная инфекция;
- Е. Первичный перитонит.

Задание 4

Девочка И. 3 лет поступила в клинику с жалобами родителей на интенсивные схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту застойным темно-зеленого цвета содержимым, отсутствие отхождения стула и газов, ухудшения состояния. Болеет на протяжении 3 суток, заболевание возникло на фоне полного благополучия, на фоне избыточного употребления в еду кондитерских изделий. Два года назад операция по поводу острого гангренозного аппендицита. При поступлении в стационар общее состояние тяжелое. Живот резко увеличен в размерах, асимметричный за счет контурации петель кишечника на передней брюшной стенке, слабо участвует в акте дыхания. Симптомы Валя, Склярова положительные. Какое дополнительное исследование необходимо применить для уточнения диагноза?

- А. УЗД;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 12 -</p>
--	---	---	---------------

- В. Общий анализ крови;
- С. Обзорная рентгенография брюшной полости;
- Д. Общий анализ мочи;
- Е. ФГДС.

Задание 5

Девочка 10 лет госпитализирована в клинику детской хирургии в тяжелом состоянии с жалобами на распространенную боль, тошноту, двукратную рвоту повышение температуры тела до 38,5 0С. Заболела остро около 6 часов назад. Объективно: кожные покровы бледные язык сухой пальпация живота вызывает резкую боль. Имеет место пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При осмотре внешних половых органов имеют место белесоватые выделения из них. В анализах мочи, взятом обычным средством следы белка, лейкоцитурия. Какова лечебная тактика?

- А. Динамическое наблюдение;
- В. Оперативное лечение в плановом порядке;
- С. Оперативное лечение в безотлагательном порядке;
- Д. Консервативное лечение в инфекционном отделении;
- Е. Консервативная антибактериальная терапия.

Задание 6

У ребенка 8 лет после операции по поводу перфоративного аппендицита клинически заподозрен подпеченочный абсцесс. Какой дополнительный метод обследования поможет в установлении диагноза?

- А. Обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- В. Сонография органов брюшной полости;
- С. Пассаж бария по желудочно-кишечному тракту;
- Д. Иригография;
- Е. Колоноскопия.

Задание 7


Мальчик 10 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на резкую боль у правой половине живота, которая отдает в правую поясничную область. Заболел впервые остро 2 часа назад.

Боль имеет очень интенсивный характер. Однократно была рвота. Температура тела 37,3 0С. Симптомы раздражения брюшина отрицательные. Симптом Пастернацкого положительный справа. Лейкоциты крови 6,8г/л. Общий анализ мочи: следы белка, свежие эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, большое количество плоского эпителия. Ваш предварительный диагноз?

- А. Острый аппендицит;
- В. Острый неспецифический мезаденит;
- С. Кишечная непроходимость;
- Д. Острый «ложный» живот;
- Е. Правосторонняя почечная колика.

Задание 8

В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что на протяжении последних суток ребенок стал капризным, вялым, была двукратная рвота, утром жидкий стул. Во время осмотра состояние тяжелое температура тела 39,8 0С,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 13 -</p>
--	---	---	---------------

тахикардия. Ребенок лежит на правом боку с приведенными нижними конечностями. Пальпаторно определяется напряжение мышц передней брюшной стенки больше слева. Положительные симптомы раздражения брюшины. С какими заболеваниями не нужно проводить дифференциальную диагностику?

- А. Опухоль брюшной полости;
- В. Острая кишечная непроходимость;
- С. Острая кишечная инфекция;
- Д. Правосторонняя пневмония;
- Е. Острый мезаденит.

Задание 9

У девочки 13 лет в течении 3 суток были боли в животе, повышение температуры тела, блюет. Во время осмотра ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6х6 см. Симптом Щеткина—Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16,2х10⁹/л. Какой предварительный диагноз?

- А. Опухоль илеоцекального угла;
- В. Заворот большого сальника;
- С. Острый холецистит;
- Д. Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат;
- Е. Инвагинация кишечника.

Задание 10

Мальчик 10 лет, жалуется на боли в животе в течение 8 часов, тошноту, многократную рвоту, повышение температуры тела до 37,5 °С. Пульс 100 в минуту. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина—Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 10,2х10⁹/л. Предварительный диагноз – острый аппендицит. Какая лечебная тактика у данного больного?

- А. Оперативное лечение – срединная лапаротомия;
- В. Оперативное лечение – лапаротомия по Волковичу-Дьяконову;
- С. Консервативная антибактериальная терапия;
- Д. Консервативная спазмолитическая терапия;
- Е. Динамическое наблюдение, лечение не нужно.

Эталоны ответов.

Задание 1: с; Задание 2: а; Задание 3: е; Задание 4: с; Задание 5: с; Задание 6: b; Задание 7: е; Задание 8: а; Задание 9: d; Задание 10: b.

1. 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 Щеткина-Блюмберга
- ж положительный симптом Орнера



з положительный симптом Пастернацкого
Указать правильный ответ.

2. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ
ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез
- б гиперлейкоцитоз, нейтрофилез
- в лейкопения
- г отсутствие изменений
- д ускоренное СОЭ.

3. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ
КРИПТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез
- б гиперлейкоцитоз, нейтрофилез
- в лейкопения
- г отсутствие изменений
- д ускоренное СОЭ.

Укажите все правильные ответы

4. **БОЛИ В ЖИВОТЕ У РЕБЕНКА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ**

- а острым аппендиците
- б мезадените
- в пневмонии
- г сиалоадените
- д опухоли Вильмса
- е пиелонефрите

Укажите правильный ответ

5. **БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ В
ПОСТЕЛИ:**

- а на спине;
- б на животе;
- в на правом боку с приведенными ногами;
- г на левом боку;
- д сидя.

6. **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ**

- а локальная боль в эпигастрии
- б локальная боль в обл. пупка
- в локальная боль в прав. подвздошной области
- г активное напряжение мышц живота
- д пассивная мышечная защита
- е положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- ж положительный симптом Пастернацкого

7. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ**



- а реланиум
- б масочный наркоз
- в осмотр во время естественного сна
- г медикаментозный сон с хлоралгидратом

8. ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- а аппендицита
- б аднексита
- в меккелева дивертикулита
- г инвагинации
- д кишечной непроходимости
- е деструктивной пневмонии

9. ОСОБЕННОСТИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ
ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

- а недоразвитие сальника
- б снижение пластических функций брюшины
- в преобладание эксудации в воспалительном процессе
- г особенности возбудителя
- д малый объем брюшной полости

10. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КРИПТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА
ЯВЛЯЮТСЯ

- а гипертермия
 - б субфебрилитет
 - в боли в животе
 - г понос и рвота
 - д пассивное напряжение мышц живота
 - е активное напряжение мышц живота
- Укажите правильный ответ

11. КРИПТОГЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ ВОЗНИКУЕТ У

- а девочек до 3-х лет
- б девочек старше 12 лет
- в мальчиков до 1 года
- г мальчиков старше 14 лет

12. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЮ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

- а клинический синдром, развивающийся при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и не требующий экстренной хирургической помощи
 - б клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи
 - в симптом при острых болях в животе и требующий экстренной хирургической помощи
 - г клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий плановой хирургической помощи
- Укажите все правильные ответы



13. НАЗОВИТЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К “ОСТРОМУ ЖИВОТУ”

- а нарушения кровообращения в органах брюшной полости.
- б острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту
- в острые воспалительные заболевания брюшной полости
- г кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость
- д объемные образования брюшной полости

14. НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ

- а лихорадка
- б рвота
- в расстройство стула
- г нистагм
- д жидкий стул


15. НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ

- а болезненность при пальпации
- б вздутие живота
- в симптомы раздражения брюшины
- г симптом Маркса
- д напряжение мышц живота
- е симптом Дешана

16. НАЗОВИТЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИНФОРМАТИВНЫЕ ПРИ “ОСТРОМ ЖИВОТЕ”

- а лапароскопия
- б ректороманоскопия
- в ФЭГДС
- г радиоизотопное исследование
- д УЗИ
- е рентгенография

Ответы к тестам: 1 в,д,е. 2 а. 3 б. 4 а,б,в,е. 5 в. 6 в,д,е. 7 в,г. 8 а,б,в. 9 а,б,в. 10 а,в,д. 11 а. 12 б. 13 а,б,в,г. 14 а,б,в. 15 а,б,в,д. 16 а,в,г,д,е.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 17 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие №2

Тема занятия: «Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Странгуляционная и обтурационная непроходимость. Динамическая непроходимость кишечника»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. классификацию приобретённой кишечной непроходимости,
 2. механизм возникновения различных видов кишечной непроходимости,
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. собрать анамнез у больного с подозрением на кишечную непроходимость,
 2. провести пальпацию, перкуссию и аускультацию живота,
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Этиология и патогенез приобретённой кишечной непроходимости.
 2. Классификация кишечной непроходимости.
 3. Семиотика кишечной непроходимости.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Патогенез приобретённой кишечной непроходимости,
 2. Особенности клинической картины при различных видах кишечной непроходимости,
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Провести пальцевое ректальное исследование,
 2. Интерпретировать данные рентгенологического исследования,
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Диагностика и дифференциальная диагностика кишечной непроходимости.
 2. Специальные методы диагностики кишечной непроходимости.

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,6 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 18 -</p>
--	---	---	---------------

1. Рентгенодиагностику кишечной непроходимости,
2. Методы консервативного и оперативного лечения.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Выполнить консервативное расправление инвагината с помощью баллона Ричардсона.
2. Сроки и показания оперативного вмешательства при приобретенной кишечной непроходимости.

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Консервативное и оперативное лечение (методы, показания, сроки) кишечной непроходимости.
2. Профилактика образования спаек в брюшной полости

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Предварительный контроль знаний

1. Классификация приобретённой кишечной непроходимости.
2. Механизм возникновения различных видов кишечной непроходимости.
3. Патогенез приобретённой кишечной непроходимости.
4. Особенности клинической картины при различных видах кишечной непроходимости.
5. Рентгенодиагностика кишечной непроходимости.
6. Методы консервативного и оперативного лечения.

Окончательный контроль знаний

Ситуационная задача

Задача 1.

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью жёлчи. Стула не было 2 сут. В анамнезе в возрасте 3 лет выполнена аппендэктомия.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?


Задача 2

В соматическом отделении находится ребёнок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребёнка нарастает вздутие живота, рвота с примесью жёлчи, одышка. Стула не было в течение 1,5 сут. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

Задача 3.

Ребёнок 4-х месяцев заболел остро около 20 часов назад, появились приступы внезапного беспокойства, чередуемые с периодом успокоения, многократно наблюдалась рвота. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое, вялый, ади- намичный. Кожные покровы бледные,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 19 -</p>
--	---	---	---------------

сухие, температура тела 38,0С. Пульс - 130. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий. В правом подреберье нечётко пальпируется опухолевидное образование плотноэластической консистенции, умеренно смещаемое. Пальпация образования провоцирует болевой приступ. Стула нет в течение суток. Диурез снижен.

Предположительный диагноз?

Дальнейшая тактика участкового педиатра?

Что следует предпринять для подтверждения ваших предположений?

Тактика дежурного хирурга детской больницы?

Прогноз?

Задача 4.

У ребёнка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Температура тела нормальная. При аускультации лёгких и сердца без особенностей. Живот умеренно вздут в эпигастрии, больше слева, где чётко определяется перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации - выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области старый послеоперационный рубец. Со слов матери в возрасте 4 лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложнённого перитонитом.

Диагноз?

Объём дополнительных исследований при поступлении в стационар? Лечебная тактика?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Укажите все правильные ответы.

Двумя ведущими симптомами полной кишечной непроходимости являются:


- рвота пищей;
- вздутие живота;
- асимметрия живота;
- отсутствие стула и газов;**
- выделение крови из прямой кишки;
- рвота с патологическими примесями.**

Странгуляционная кишечная непроходимость у ребёнка грудного возраста проявляется:

- острым внезапным началом;**
- периодическим беспокойством;**
- застойной рвотой;
- рефлекторной рвотой;**
- болезненным напряжённым животом;
- выделением крови из прямой кишки.

Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:

- атрезии двенадцатиперстной кишки;
- синдроме Ледда;**
- болезни Гиршпрунга;
- пилоростенозе;
- инвагинации;**

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 20 -</p>
--	---	---	---------------

е. **ущемлённой грыже.**

Укажите правильный ответ.

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.

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.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 21 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие №3

Тема занятия: «Острый гематогенный остеомиелит. Особенности течения остеомиелита у новорожденных Хронический остеомиелит. Первично – хронические и атипичные формы остеомиелита»

Часть 1

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с острым и хроническим остеомиелитом и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Терминологию остеомиелита..
2. Теории возникновения гематогенного остеомиелита.\
3. Клинические формы остеомиелита.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Определить симптомы острого гематогенного остеомиелита.
2. Собрать хирургический анамнез
3. Провести дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися похожими симптомами.

7. Контрольные вопросы по теме занятия.

1. Определение понятия «Остеомиелит». Классификация остеомиелита.
2. Особенности строения и кровоснабжения костей конечностей у детей и их значение в возникновении и течении остеомиелита.
3. Роль микробного фактора. Источники инфекции.
4. Роль сенсibilизации организма в возникновении остеомиелита. Эксперименты С.М. Дерижанова.
5. Разрешающие факторы и их роль в возникновении остеомиелита.

Часть 2

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с острым и хроническим остеомиелитом и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:


1. Терминологию остеомиелита..
2. Теории возникновения гематогенного остеомиелита.\
3. Клинические формы остеомиелита.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Интерпретировать данные рентгенограмм.
2. Произвести пункцию сустава.

7. Контрольные вопросы по теме занятия.

1. Патогенез и патологическая анатомия острой фазы гематогенного остеомиелита.
2. Механизмы секвестрации, сроки образования секвестров и их типы.
3. Источники, процесс и сроки образования секвестральной коробки. Роль секвестра в процессах репарации.
4. Клиника остеомиелита. Особенность начала и характер болей. Основные формы клинического течения остеомиелита. Общие и местные проявления.
5. Рентгенологическая диагностика гематогенного остеомиелита. Значение

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 22 -</p>
--	---	---	---------------

томографии.

6. Возможные осложнения при остеомиелите и их рентгенодиагностика

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.

2. **Продолжительность** 1,6 часа

3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с острым и хроническим остеомиелитом и определять общие принципы их лечения.

4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Патоморфологические признаки хронического остеомиелита.

2. Принципы лечения острого и хронического гематогенного остеомиелита.

6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**

1. Произвести пункцию сустава.

2. Выполнить перевязку после операции больному с гематогенным остеомиелитом.

7. **Контрольные вопросы по теме занятия.**

1. Хроническая фаза гематогенного остеомиелита: данные анамнеза, осмотра, клинического и лабораторного исследования.

2. Местные изменения поражённой конечности при хроническом остеомиелите. Данные осмотра, пальпации, зондирования свищей, фистулографии и пр.

3. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение в острую и хроническую фазы гематогенного остеомиелита. Показания к оперативному лечению. Виды вмешательств.

4. Атипичические формы заболевания: первично–хронические остеомиелиты Оллье, Броди, Гарре и др.

9. **План проведения занятия:** ⌚

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Окончательный контроль знаний

Ситуационная задача 1

К вам, участковому педиатру, обратились родители ребёнка 1,5 мес с жалобами на беспокойство ребёнка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5 «С.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ситуационная задача



К вам обратились родители ребёнка 28 дней с жалобами, что ребёнок перестал двигать правой ручкой, она свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребёнка болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения

Ситуационная задача 2

К вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 9 лет с жалобами на стойкое повышение температуры тела до 38-39 °С, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. При осмотре ребёнок на ногу не встаёт, движения болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?

Ситуационная задача 3

Вы - участковый педиатр. К вам на приём обратились родители ребёнка 3 мес, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видны периостальная реакция и очаг разрежения костной ткани в зоне метаэпифиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объёме безболезненные.

Ваша тактика?

Ситуационная задача 4

К вам обратился ребёнок 9 лет. Заболел 5 дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура тела до 39 °С.

При осмотре обнаружены отёк и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

1. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

- а эпифизарный
 - б метаэпифизарный
 - в метадиафизарный
 - г диафизарный
 - д суставная поверхность
- Укажите правильный ответ

2. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

- а эпифизарный
 - б метаэпифизарный
 - в метадиафизарный
 - г диафизарный
 - д суставная поверхность
- Укажите все правильные ответы

3. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а парезом ручки
- б патологической подвижностью
- в болезненностью при сгибании - разгибании
- г болезненность ротационных движений



д отсутствием активных движений

4. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ
ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а парезом стопы
- б сгибательной контрактурой в ножках
- в болезненностью при сгибании - разгибании
- г болезненность ротационных движений
- д отсутствием активных движений
- е патологической подвижностью

Укажите правильный ответ

5. ЕДИНСТВЕННЫМ СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА N. PIRONEUS ЯВЛЯЕТСЯ

- а сгибательная контрактура в суставах
- б болезненность при сгибании - разгибании
- в болезненность при ротационных движениях
- г отсутствие активных движений

Укажите правильные ответы

6. СИМПТОМАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ
ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА ЭРБА ЯВЛЯЮТСЯ

- а отсутствие активных движений
- б болезненность при сгибании - разгибании
- в болезненность при ротационных движениях
- г патологическая подвижность

7. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- а остеоперфорация
- б костный диализ
- в иммобилизация Дезо или Шеде
- г мазевые компрессы
- д УВЧ
- е УФО

8. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- а пункция сустава
- б артротомия и дренирование
- в иммобилизация Дезо или Шеде
- г мазевые компрессы
- д УВЧ
- е УФО

Укажите правильный ответ

9. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ РЕНТГЕНОГРАФИЯ
КОСТЕЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА

- а первые сутки



б 5 – 6 день
в 10 сутки
г 21 день

10. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АРТРИТА У
НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- а разряжение костной структуры метафиза
 - б разряжение костной структуры диафиза
 - в дефекты суставной поверхности кости
 - г диафизарный периостит
 - д наличие секвестра
 - е “игольчатый” периостит
 - ж отсутствие видимых изменений кости
- Укажите все правильные ответы

11. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- а разряжение костной структуры метафиза
- б разряжение костной структуры диафиза
- в дефекты суставной поверхности кости
- г диафизарный периостит
- д наличие секвестра
- е “игольчатый” периостит
- ж отсутствие видимых изменений кости

Дополнить

12. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ОСТЕОАРТРИТА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА
БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ-----

Укажите правильный ответ


13. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ
КОСТИ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ

- а дополнительное вытяжение по Шеде
- б массаж
- в операция
- г фиксация на палке – распорке
- д облегченная гипсовая повязка

14. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА
БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- а 1 месяц
- б 3 месяца
- в 6 месяцев
- г 1 год

15. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСЛЕОМИЕЛИТА
НАЗНАЧАЮТ АНТИБИОТИКИ

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 26 -</p>
--	---	---	---------------

- а широкого спектра
- б противостафилококковые
- в противострептококковые

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- а внутрибольничная инфекция
- б катетеризация пупочной вены
- в наличие назогастрального зонда,
- г полное парентеральное питание
- д некротический энтероколит.

17. КАКОЙ ОТДЕЛ КОСТИ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- а метадиафизарный
 - б эпифизарный
 - в метаэпифизарный
- Укажите все правильные ответы

18. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

- а патологический перелом
 - б патологический вывих
 - в нарушение роста конечности в длину.
- Укажите правильный ответ


19. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ СЕПСИСА

- а да
- б нет

20. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЗЫВАЕТ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- а стафилококк
- б стрептококк
- в кишечная палочка
- г протей.

Ответы к тестам: 1 б,д. 2д. 3 а,в,г,д. 4 а,б,в,г,д. 5 в. 6 б,в. 7 в,г,д. 8 а,в,г,д. 9 в. 10 ж. 11 а,в,г. 12 патологический вывих. 13 г. 14 в. 15 б. 16 а. 17 в. 18 б,в. 19 б. 20 б.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 27 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 4

Тема занятия: «Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей у детей. Сепсис.»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Входные ворота и виды возбудителей распространённой хирургической инфекции. 2.
 2. Основные факторы риска гнойной хирургической инфекции мягких тканей.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Правильно собрать анамнез заболевания у родителей и пациента с гнойной хирургической инфекции мягких тканей.
 2. Провести обследование ребёнка с гнойной хирургической инфекции мягких тканей. Правильно записать в истории болезни локальный (хирургический статус).
7. **Контрольные вопросы по теме занятия.**
 1. Факторы, способствующие распространению гнойно-септических заболеваний у детей.
 2. Сепсис и его осложнения. Принципы лечения гнойной инфекции по Краснобаеву

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Клинические особенности течения гнойной хирургической инфекции мягких тканей.
 2. Диагностику гнойной хирургической инфекции мягких тканей.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Правильно сформировать диагноз и показания к лечению детей с гнойной хирургической инфекции мягких тканей.
 2. Корректно беседовать с родителями ребёнка, соблюдать основополагающие принципы деонтологии.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия.**
 1. Флегмона новорожденных. Клинические проявления, стадии и периоды заболевания, зависимость тяжести от сроков госпитализации и площади поражения.
 2. Принципы хирургического лечения

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,6 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 28 -</p>
--	---	---	---------------

1. Принципы лечения гнойной хирургической инфекции мягких тканей у детей.
2. Показания и сроки оперативного лечения гнойной хирургической инфекции мягких тканей.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Составлять клинический протокол обследования и лечения детей с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей.
2. Определять показания и сроки оперативного лечения гнойной хирургической инфекции мягких тканей.

7. Контрольные вопросы по теме занятия.

1. Омфалит. Клиника, формы, дифференциальная диагностика и осложнения (пупочный флебит, пупочный сепсис, перитонит). Лечение.
2. Мастит новорожденных. Клиника, диагностика, лечение

9. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Тестовый контроль:

1. Какие гнойные поражения мягких тканей наиболее часто встречаются у новорожденных?

- A) Флегмона мягких тканей
- Б) Мастит
- В) Шейный лимфаденит
- Г) Карбункул

2. Какое заболевание новорожденных характеризуется внезапным бурным началом, появлением участка гиперемии и припухлости кожи с быстрым распространением на близлежащие ткани, с последующим некротизированием и отторжением мягких тканей?

- A) Карбункул кожи
- Б) Мастит новорожденных
- В) Рожистое воспаление
- Г) Лимфаденит

3. Наиболее типичный возбудитель гнойно-инфекционных заболеваний кожи:

- A) *Staphylococcus aureus*
- Б) *Staphylococcus aureus*
- В) *Streptococcus pyogenes*
- Г) *Enterobacteriaceae*

4. У девочки, в возрасте двух недель, внезапно поднялась температура до 39,0°C, появилось беспокойство, плаксивость. В области правой молочной железы - гиперемия,



припухлость. При пальпации в центре пораженного участка отмечается участок размягчения. Ваш предположительный диагноз?

- А) Опухоль молочной железы
- Б) Мастит новорожденных
- В) Фурункул области молочной железы
- Г) Физиологические изменения в молочных железах

5. Антибиотик первой линии при лечении нагноительных заболеваний мягких тканей является:

- А) Эритромицин
- Б) Цефотаксим
- В) Амоксициллин/клавуланат
- Г) Линкомицин

6. У девочки 3 лет, после перенесенной ОРВИ, вновь повысилась температура до 39⁰С, увеличились шейный лимфоузлы. При пальпации - шейные л/у увеличены в размерах, плотные, болезненные, рыхло спаяны с окружающей клетчаткой. Ваш предположительный диагноз:

- А) Туберкулезный лимфаденит
- Б) Лимфогранулематоз
- В) Гнойный неспецифический лимфаденит
- Г) Боковая киста шеи

7. Возбудитель рожистого воспаления?

- А) Staphylococcus aureus
- Б) Haemophilus influenza
- В) Streptococcus pyogenes
- Г) Enterobacteriaceae

8. У ребенка трех недель остро наступило ухудшение общего состояния. Температура тела поднялась до 39⁰С, появилось беспокойства нарушения сна, стал отказываться от груди. На передней поверхности грудной клетки слева обнаружено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте на ощупь несколько теплее, умеренно инфильтрирована и болезненна. Через несколько часов пораженный участок кожи приобрел багровый цвет и значительно увеличился в размерах. Четких границ с непораженными участкам не выявляется флюктуации нет. Ваш предположительный диагноз:


- А) Мастит новорожденных слева
- Б) Адипонекроз
- В) Флегмона новорожденных
- Г) Рожистое воспаление

9. Наиболее частая локализация карбункула у детей:

- А) Стопа
- Б) Задняя поверхность шеи, затылок
- В) Наружная поверхность плеча
- Г) Передняя брюшная стенка

10. В какие сроки как правило развивается мастит новорожденных:

- А) Первые 2 недели
- Б) До 2 месяцев

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 30 -</p>
--	---	---	---------------

- В) В препубертатном периоде
Д) В пубертатном периоде.

Ситуационные задачи

Задача 1. В приемный покой городской детской больницы обратилась мама с ребенком 4 лет, с жалобами на беспокойство, плаксивость, снижение аппетита, повышение температуры до 38-39^oC, боль при повороте шеи. Полторы недели назад мальчик перенес острый средний отит правого уха, были назначены антибиотики. Настоящее ухудшение состояния произошло внезапно, в течение суток. Объективно: ребенок беспокоен, плачет. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, на глаз определяется деформация шеи в области правого угла нижней челюсти, по передней поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Пальпаторно в этих областях определяются группы увеличенных, болезненных лимфоузлов размерами 0,5 см каждый, плотных, рыхло спаянных между собой. Другие лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации. О каком заболевании идет речь? Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза, какова ваша лечебная тактика?

Задача 2. Бригадой СМП в приемный покой ЦРБ доставлена девочка в возрасте двух недель с температурой 39, 50^oC, в состоянии выраженного возбуждения, плачет. Со слов матери ребенок заболел остро, сутки назад, когда появилось беспокойство, повысилась температура тела (38,3^oC), исчез аппетит. В области правой молочной железы появилось покраснение, припухлость. Мать самостоятельно пыталась сбить ребенку температуру детскими жаропонижающими, однако эффект от них был непродолжительный и ребенок продолжал беспокоиться. На утро вызвана СМП. При поступлении объективно: состояние девочки средней степени тяжести, отмечается выраженное возбуждение. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. В области правой молочной железы- участок гиперемии диаметром 5 см без четких границ, припухлость в этой области. При пальпации доктором в зоне поражения выявлена флюктуация.

Ваш предположительный диагноз? Тактика неотложной помощи?

Задача 3. В приемный покой поступил мальчик 12 лет с жалобами на повышение температуры до 37,9^oC, слабость, недомогание. Неделю назад на правом предплечье появилась болезненная припухлость, покраснение в виде пятнышка, затем в центре возник участок размягчения, который через 5 суток опорожнился бело-желтым гноем, подобные изменения возникли также в области шеи и на верхней губе, однако в течение последних 3 суток эти элементы только увеличивались в размерах. В связи с выраженной болезненностью в этих областях, плохим общим самочувствием родители вызвали врача на дом. Врач-педиатр настоял на госпитализации для проведения хирургической обработки ран и дезинтоксикационной терапии. При поступлении: состояние пациента ближе к удовлетворительному, температура кожных покровов-38^oC, на шее слева и верхней губе - плотные красные инфильтраты с белым бугорком в центре, резко болезненные при пальпации. Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненны.

Ваш диагноз, какое этиологическое и патогенетическое лечение необходимо назначить мальчику?

1. К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТСЯ

а некротическая флегмона новорожденных



б адипонекроз

в вторичная флегмона

г аденофлегмона

д рожа

е синдром Казабах-Меррит

2. ЛОКАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

tumor, dolor, rubor, functia lesae и -----

Установить правильное соответствие

3. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

ЗАБОЛЕВАНИЕ

ЭТИОЛОГИЯ

1. флегмона

а нарушение кровообращения

2. рожа

б стафилококк

3. адипонекроз

в стрептококк

4. с-м Казабах-Меррит

г гемангиома с тромбоцитопенией

5. сиалоаденит

д воспаление железистой ткани

Укажите правильный ответ

4. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ
ВЫЗЫВАЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ

а стафилококк

б стрептококк

в протей

г синегнойная палочка

д клебсиелла

е анаэробы

ж абактериальная

Укажите все правильные ответы

5. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а пятнистая гиперемия

б разлитая гиперемия

в инфильтрация сплошная

г инфильтрация бугристая

д повышение местной температуры

е распространяется

ж функция нарушена

6. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА
ПРОЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИЗАМИ

а лейкоцитоз

б нейтрофилез, лимфопения

в нейтропения, лимфоцитоз

г ЛИИ меньше 0,64

д ЛИИ от 0,6 до 1,2

е ЛИИ больше 2,5

7. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б насечки, повязка с томицидом

в насечки, повязка с мазью Вишневского

г УВЧ



Укажите правильный ответ

8. У **НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВЫЗЫВАЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ**

- а стафилококк
- б стрептококк
- в протей
- г синегнойная палочка
- д клебсиелла
- е анаэробы

Укажите все правильные ответы

9. У **НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а пятнистая гиперемия
- б разлитая гиперемия
- в инфильтрация сплошная
- г инфильтрация бугристая
- д местная температура норма
- е локальная болезненность
- ж распространяется

10. У **НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИЗАМИ**

- а нейтрофилез, лимфопения, моноцитопения
- б нейтропения, лимфоцитоз
- в ЛИИ меньше 0,64
- г ЛИИ от 0,6 до 1,2
- д ЛИИ больше 2,5

11 У **НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕЧИТСЯ**

- а консервативно повязка с томицидом
- б насечки, повязка с томицидом
- в консервативно, повязка с спиртом
- г консервативно, повязка с Левомиколем
- д УФО
- е УВЧ

12. У **НОВОРОЖДЕННЫХ АДИПОНЕКРОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а пятнистая гиперемия
- б разлитая гиперемия
- в инфильтрация бугристая
- г повышение местной температур
- д локальная безболезненность
- е не распространяется
- ж функция нарушена

Укажите правильный ответ

13 У **НОВОРОЖДЕННЫХ АДИПОНЕКРОЗ ЛЕЧИТСЯ**

- а консервативно повязка с томицидом
- б насечки, повязка с томицидом
- в консервативно, повязка с спиртом
- г консервативно, повязка с мазью Вишневского
- д местного лечения не требует



е УФО

ж УВЧ

Укажите все правильные ответы

14. У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМА ПРИ СИНДРОМЕ КАЗАБАХ-МЕРРИТ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а тромбоцитопения

б разлитая гиперемия

в инфильтрация бугристая

г повышение местной температур

д локальная безболезненность

е распространяется

ж петехиальные кровоизлияния

15. У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМА ПРИ СИНДРОМЕ КАЗАБАХ-МЕРРИТ
ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б химиотерапевтически

в методом криодеструкции

г консервативно, преднизолоном

д гемостатические препараты

е УФО

ж УВЧ

Установить правильную последовательность

16 РАЗВИТИЕ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЕННОГО

1 / Развитие очага гнойной инфекции

2 / Входные ворота инфекции

3 / Контаминация патогенной флоры

4 / Транслокация возбудителя

5 / Избыточное размножение флоры с высокопатогенным антигеном

6 / Вторичный иммунный блок

7 / Снижение иммунологических реакций

Укажите все правильные ответы

17. К ПРОТИВОСТАФИЛОКОККОВЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

а оксациллин

б фузидин

в амикацин

г гентамицин

д хлорофилипт

е рифампицин

18. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

а эпифизарный

б метаэпифизарный

в метадиафизарный

г диафизарный

д суставная поверхность

Укажите правильный ответ

19. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

а эпифизарный

б метаэпифизарный



в метадиафизарный

г диафизарный

д суставная поверхность

Укажите все правильные ответы

20. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ
ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а парезом ручки

б патологической подвижностью

в болезненностью при сгибании - разгибании

г болезненность ротационных движений

д отсутствием активных движений

21. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ
ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а парезом стопы

б сгибательной контрактурой в ножках

в болезненностью при сгибании - разгибании

г болезненность ротационных движений

д отсутствием активных движений

е патологической подвижностью

Укажите правильный ответ

22. ЕДИНСТВЕННЫМ СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА N. PIRONEUS ЯВЛЯЕТСЯ

а сгибательная контрактура в суставах

б болезненность при сгибании - разгибании

в болезненность при ротационных движениях

г отсутствие активных движений

Укажите правильные ответы

23. СИМПТОМАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ
ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА ЭРБА ЯВЛЯЮТСЯ

а отсутствие активных движений

б болезненность при сгибании - разгибании

в болезненность при ротационных движениях

г патологическая подвижность

24. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

а остеоперфорация

б костный диализ

в иммобилизация Дезо или Шеде

г мазовые компрессы

д УВЧ

е УФО

25. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

а пункция сустава

б артротомия и дренирование

в иммобилизация Дезо или Шеде

г мазовые компрессы

д УВЧ

е УФО



Укажите правильный ответ

26. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ РЕНТГЕНОГРАФИЯ КОСТЕЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА

а первые сутки

б 5 – 6 день

в 10 сутки

г 21 день

27. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АРТРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

а разряжение костной структуры метафиза

б разряжение костной структуры диафиза

в дефекты суставной поверхности кости

г диафизарный периостит

д наличие секвестра

е «игольчатый» периостит

ж отсутствие видимых изменений кости

Укажите все правильные ответы

28. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

а разряжение костной структуры метафиза

б разряжение костной структуры диафиза

в дефекты суставной поверхности кости

г диафизарный периостит

д наличие секвестра

е «игольчатый» периостит

ж отсутствие видимых изменений кости

Дополнить

29. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ОСТЕОАРТРИТА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ-----

Укажите правильный ответ

30. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ

а дополнительное вытяжение по Шеде

б массаж

в операция

г фиксация на палке – распорке

д облегченная гипсовая повязка

31. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

а 1 месяц

б 3 месяца

в 6 месяцев

г 1 год

32. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗНАЧАЮТ АНТИБИОТИКИ

а широкого спектра

б противостафилококковые

в противострептококковые



33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- а внутрибольничная инфекция
- б катетеризация пупочной вены
- в наличие назогастрального зонда,
- г полное парентеральное питание
- д некротический энтероколит.

34. КАКОЙ ОТДЕЛ КОСТИ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- а метадиафизарный
- б эпифизарный
- в метаэпифизарный

Укажите все правильные ответы

35. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

- а патологический перелом
- б патологический вывих
- в нарушение роста конечности в длину.

Укажите правильный ответ


36. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ СЕПСИСА

- а да
- б нет

37. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЗЫВАЕТ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- а стафилококк
- б стрептококк
- в кишечная палочка
- г протей.

Ответы к тестам: 1 а,в,г,д. 2 color. 3 1-б, 2-в, 3-а, 4-г, 5-д. 4 а. 5 б,в,д,е,ж. 6 а,в,г. 7 б,г. 8 б. 9 б,в,е,ж. 10 а,д. 11 а,г,д. 12 а,в,е,13 д. 14 а,б,е,ж. 15 б,г. 16. 3,2,5,7,6,4,1. 17 а,б,д,е. 18 б,д. 19д 20 а,в,г,д.21 а,б,в,г,д. 22 в. 23 б,в. 24 в,г,д. 25 а,в,г,д. 26 в. 27 ж. 28 а,в,г.29 патологический вывих. 30 г. 31 в. 32б. 33 а. 34 в. 35 б,в. 36 б. 37

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 37 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 5

Тема занятия: «Патология вагинального отростка брюшины. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Сроки хирургического лечения. Тактика врача – педиатра.»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологиями вагинального отростка брюшины и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. патологию влагалищного отростка брюшины: водянка оболочек яичка и семенного канатика, паховые и пахово-мошоночные грыжи
 2. дифференциальную диагностику патологии влагалищного отростка брюшины
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. провести клиническое обследование ребенка с подозрением на паховую грыжу или водянку оболочек яичка и семенного канатика
 2. провести дифференциальную диагностику указанных заболеваний
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Патология вагинального отростка брюшины (водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Этиопатогенез, клиника, диагностика,
 2. Дифференциальная диагностика (диафаноскопия, УЗИ),
 3. Сроки хирургического лечения

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологиями вагинального отростка брюшины и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. сроки оперативного лечения данных пороков
 2. тактику педиатра при ущемленных грыжах, хирургическую тактику
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. оценить возможности консервативной терапии при ущемленных грыжах
 2. поставить показания к оперативному лечению при ущемленных грыжах и остро развившейся водянке
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Сроки хирургического лечения
 2. Тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.
 3. Грыжи: паховая, пупочная, белой линии. Этиопатогенез, клиника.
 1. Осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
 2. Сроки хирургического лечения грыж (паховой, пупочной, белой линии)
 3. Тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,6 часа

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 38 -</p>
--	---	---	---------------

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологиями вагинального отростка брюшины и определять общие принципы их лечения.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Методики операций, применяемых при лечении данной патологии.
2. Тактику врача при вышеуказанных патологиях.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Оперативное лечение при ущемленных грыжах и остро развившейся водянке
2. Реабилитация детей после оперативного лечения при ущемленных грыжах и остро развившейся водянке.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Грыжи: паховая, пупочная, белой линии. Этиопатогенез, клиника.
2. Осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Сроки хирургического лечения грыж (паховой, пупочной, белой линии)
4. Тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.


Задача № 1. Во время профилактического осмотра детей в дошкольном учреждении врач педиатр обнаружил у мальчика 5 лет выбухание в правой паховой области около 3 см. в диаметре. При пальпации образование исчезло и вновь не появлялось. Во время беседы с родителями врач выяснил, что они это образование у ребёнка ранее не видели. Мальчик вел себя обычно на боли в животе или в паховой области не жаловался. В возрасте 4 лет перед оформлением документов в детский сад осмотрен детским хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать у этого ребёнка?
2. Специалистом какого медицинского учреждения должен быть обследован ребёнок для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные приёмы могут быть использованы в процессе диагностики?
4. Назовите косвенные признаки патологии которые могут подтвердить ваш диагноз.
5. Какое лечение следует провести ребёнку, если предполагаемый вами диагноз подтвердится?

Эталоны ответа:

1. О правосторонней паховой грыже.
2. Детским хирургом специализированного отделения.
3. Попросить ребёнка выпятить живот отклонив туловище назад, повысить внутрибрюшное давление надавив рукой на живот ребёнка по направлению сверху вниз.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 39 -</p>
--	---	---	---------------

4. Расширение наружного пахового кольца, положительный симптом кашлевого толчка и утолщение семенного канатика справа.

5. Оперативное вмешательство в плановом порядке – грыжесечение.

Задача № 2. Детский хирург поликлиники обнаружил у ребёнка 1 месяца выпухание в области пупка диаметром 1,5 см. и высотой 2,5 см. Со слов мамы, выпячивание появилось на 3 неделе жизни ребёнка во время беспокойства из - за вздутия живота и задержки стула. Вне беспокойства и во время сна выпячивание исчезает. Хирург обнаружил при пальпации дефект апоневроза в верхней полуокружности пупочного кольца овальной формы до 1,5 см. диаметром. Во время обследования выпячивание легко вправлялось в брюшную полость и появлялось вновь. Ребёнок во время обследования не беспокоился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Согласны ли вы с мнением мамы о причине возникновения образования в области пупка или придаёте большее значение иному этиологическому фактору?
3. Почему подобные образования чаще появляются в верхней полуокружности пупочного кольца?
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации и оперативном лечении?
5. Возможно ли самоизлечение при данной патологии?
6. Если вы сторонники консервативного лечения, то в чём оно заключается?
7. Назовите сроки выполнения операции в случае неэффективности консервативного лечения.

Эталон ответа:

1. Пупочная грыжа неущемлённая.
2. Основная причина возникновения пупочной грыжи – дефект апоневроза в области пупочного кольца, а повышение внутрибрюшного давления является предрасполагающим моментом.
3. Верхняя полуокружность пупочного кольца более свободна так как содержит лишь пупочную вену. Нижняя полуокружность занята двумя облитерированными артериями и срединной связкой образовавшейся из урахуса.
4. Не нуждается.
5. Возможно у 60% детей в первые 2 -3 года.
6. Массаж и лечебная гимнастика укрепляющие все структуры передней брюшной стенки. Частое выкладывание ребёнка на живот. Сведение краёв дефекта апоневроза в зоне пупочного кольца методом лейкопластырных повязок (лечение должно проводиться только детским хирургом).
7. После 3 -5 лет.

Задача №3. Родители, во время ухода за ребёнком 3 лет, обнаружили у него небольшое образование по средней линии живота размерами с горошину. Ребёнок осмотрен детским хирургом. Небольшое выпячивание располагалось между мечевидным отростком грудины и пупком в виде безболезненного уплотнения, не исчезающего при надавливании. Создалось впечатление о том, что это образование выходит под кожу через щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы причины возникновения и этапы развития данной патологии?
3. Имеются ли показания к срочному оперативному вмешательству?
4. Какой метод лечения и в каком возрасте следует рекомендовать родителям ребёнка?
5. В случае отказа родителей от лечения, о каком возможном осложнении их следует предупредить.



6. Из каких моментов состоит лечение данного порока развития?

Эталон ответа:

1. Грыжа белой линии живота.
2. Грыжевыми воротами является щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота. Первым этапом образования грыжи белой линии живота является выходение предбрюшинной клетчатки (стадия предбрюшинной липомы) В последующем может внедряться париетальная брюшина (грыжевой мешок) и содержимое – петли кишок и сальник.
3. По условиям задачи у данного ребёнка срочных показаний к оперативному вмешательству нет.
4. Плановое оперативное вмешательство в возрасте 3 -5 лет.
5. В последующем с ростом ребёнка при резком повышении внутрибрюшного давления или перерастяжения брюшной стенки возможно выходение в грыжевой мешок и ущемление сальника или петель кишок.
6. Из небольшого разреза кожи над грыжевым выпячиванием выделяют прядь предбрюшинного жира, прошивают у основания и отсекают. Культю погружают в щелевидный дефект апоневроза, который затем ушивают отдельными швами. Операцию можно закончить наложением косметического шва на кожу.

Тесты для самоконтроля знаний (без эталонов ответов).

1. Назовите слои грыжевого мешка эмбриональной грыжи и последовательность их расположения:
а) аллантоис;
б) вартонов студень;
в) первичная брюшина;
г) амниотическая оболочка;
1) а, б, в. 2) б, в, г. 3) г, б, в. 4) б, в, г. 5) а, б, г.
2. Какие осложнения могут возникнуть при эмбриональной грыже больших размеров?
а) разрыв оболочек;
б) ущемление содержимого с гангреной кишечника;
в) контактный перитонит;
г) эвентрация кишечника;
д) неполный свищ пупка;
1) б, в, г. 2) а, б, г, д 3) в, г. 4) а, в, г. 5) а, б, г.
3. Какие методы лечения применяются при грыжах пупочного канатика?
а) радикальное оперативное лечение новорождённых с малыми и средними грыжами;
б) консервативное лечение грыж больших размеров;
в) двухэтапное оперативное лечение грыж больших размеров;
г) консервативное лечение грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
д) оперативное лечение больших грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
1) а, в, д. 2) а, б, г. 3) а, б, в. 4) а, б, в, д.
4. Какие врождённые аномалии могут сочетаться с эмбриональной грыжей?
а) пороки сердца;
б) пупочная грыжа;
в) дивертикул Меккеля;
г) гастрошизис;
д) атрезии пищевода, прямой кишки и ануса.



1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) а, б, г. 4) а, в, д.

5. Причинами возникновения паховых грыж являются:

- а) незаращение влагалищного отростка брюшины (дивертикула Нуккия у девочек);
- б) расхождение прямых мышц живота;
- в) повышение внутрибрюшного давления;
- г) дисплазия соединительной ткани;
- д) избыточный вес ребёнка.

1) а, б, в. 2) б, в, г. 3) в, г, д. 4) а, в, г.

6. Полное незаращение влагалищного отростка брюшины может проявиться:

- а) кистой семенного канатика;
- б) грыжей фуникулярной;
- в) грыжей тестикулярной;
- г) водянкой яичка;
- д) сообщающейся водянкой яичка и семенного канатика.

1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) в, д. 4) а, г, д.

7. Назовите основные симптомы неущемлённой фуникулярной грыжи:

- а) увеличение размеров мошонки у ребёнка с рождения;
- б) выпячивание в паховой области, иногда опускающееся в мошонку; в) положительный симптом кашлевого толчка;
- г) лёгкое, с урчанием, исчезновение выпячивания при пальпации;
- д) частое беспокойство ребёнка, нарушение сна.

1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) б, г. 4) а, в, д.

8. Какие косвенные признаки указывают на патологию влагалищного отростка брюшины:

- а) частое беспокойство ребёнка;
- б) расширение наружного пахового кольца на одной стороне;
- в) запоры;
- г) изменение размера мошонки в течение суток;
- д) положительный симптом кашлевого толчка;
- е) утолщение семенного канатика с одной стороны.

1) а, б, в. 2) в, д, е. 3) а, г, д. 4) б, г, д, е. 5) а, б, г, д.


9. Об ущемлении паховой грыжи можно узнать по следующим клиническим признакам:

- а) беспокойство ребёнка;
- б) повышение температуры тела;
- в) появление в паховой области болезненного образования, которое при пальпации не вправляется в брюшную полость;
- г) возникновение рвоты;
- д) угнетение перистальтики.

1) а, в, г. 2) а, б, г. 3) в, г, д. 4) а, г, д.

10. Попытка консервативного лечения ущемлённой грыжи показана:

- а) у детей любого возраста и пола;
- б) у девочек с давностью ущемления до 12 часов;
- в) при давности ущемления не более 12 часов;
- г) у детей с любой давностью заболевания в сочетании с тяжёлыми соматическими заболеваниями;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 42 -</p>
--	---	---	---------------

д) у мальчиков любого возраста.

1) а, в. 2) г, д. 3) д, в. 4) а, г.

11. Основными признаками пупочной грыжи являются:

а) частое беспокойство ребёнка;

б) нарушение сна;

в) наличие выпячивания в области пупка при беспокойстве и его исчезновение в покое и во сне;

г) дефект апоневроза в области пупочного кольца;

д) частые рвоты. 1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) в, г. 4) б, д, г.

12. Грыжи белой линии живота проявляются следующими клиническими признаками:

а) беспокойством ребёнка от боли;

б) периодически появляющимся выпячиванием в области белой линии живота;

в) постоянным небольшим, невправляющимся в брюшную полость образованием по ходу белой линии живота;

г) наличием щелевидного дефекта апоневроза по ходу белой линии живота или над пупком.

1) а, б, г. 2) в, г. 3) б, г. 4) а, в.

КОНТРОЛЬНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

У ребёнка 2 –х лет на фоне ОРВИ с явлениями ларинготрахеита, сопровождающегося частыми приступами кашля, возникло беспокойство, боли в животе, рвота выпитой жидкостью. Мальчик осмотрен участковым педиатром, данных за острый аппендицит не обнаружено, назначено лечение ОРЗ. Ребёнок продолжал беспокоиться, держался при кашле за низ живота, отказывался от еды, не спал. Через 6 часов от начала беспокойства осмотрен врачом СМП, диагноз ОРВИ подтверждён, но в правой паховой области обнаружено опухолевидное выпячивание, болезненное и исчезающее при пальпации. Кожа над ним не изменена, мошонка обычной формы, оба яичка в мошонке. Со слов мамы, мошонка была значительно увеличена после выписки из родильного дома, но «опухоль» постепенно исчезла и больше не появлялась. Врач СМП доставил ребёнка в ДХО, где он был помещён в изолятор. При поступлении состояние ребёнка средней степени тяжести, температура тела 38,1 градуса по С. В правой паховой области сохраняется плотноэластическое образование болезненное при пальпации.

Вопросы: 1. О каком заболевании можно думать?

2. Что могло способствовать возникновению данной патологии?

3. Оцените проведённые диагностические и лечебные мероприятия участкового врача.


4. Оцените тактику врача СМП.

5. Составте план лечения.

6. Какие варианты лечения возможны у данного больного?

7. Изложите принципы оперативного лечения данной патологии у ребёнка 2-х лет.

2. Девочка 10 лет начала заниматься в секции художественной гимнастики. Во время выполнения упражнения, сопровождающегося резким напряжением мышц живота, почувствовала боль в правой паховой области. Боль прошла самостоятельно, но иногда во время занятий возникала вновь. Врач – педиатр, к которому девочка обратилась с жалобами, осмотрел живот и не обнаружил признаков патологии, объяснив возникновение боли растяжением мышц живота при выполнении сложных упражнений.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 43 -</p>
--	---	---	---------------

Она посоветовала девочке осмотреть и потрогать живот, если боли возникнут вновь. В один из таких моментов девочка увидела небольшое выбухание в правой паховой области, которое при надавливании исчезло. При повторном осмотре педиатр выбухания в паховой области не обнаружил, но направил ребёнка на консультацию к детскому хирургу, который обнаружил патологическое образование в правой и левой паховых областях.

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил девочке хирург?
2. Почему врач заподозрил возможность данной патологии у девочки с обеих сторон?
3. Какие дополнительные приёмы обследования позволили выявить данную патологию?
4. Какие осложнения могут возникнуть у девочки во время занятий гимнастикой?
5. Предложите план обследования и лечения.

3. Мальчик 14 лет решил самостоятельно увеличить массу и силу мышц, используя гантели и штангу. Он считал, что быстрое увеличение веса спортивных снарядов ускорит его физическое развитие. Через несколько месяцев занятий подросток почувствовал, что объём и сила его мышц действительно нарастают, но не возникает рельеф мышц живота. При попытке «качать» пресс с большим весом гантелей в правой паховой области появлялось выпячивание, которое исчезало самостоятельно или при надавливании рукой. Во время профилактического осмотра в школе подросток рассказал хирургу о появляющемся во время тренировок образовании. Хирург попросил мальчика напрячь живот и обнаружил выпячивание в правой паховой области, кроме того отметил значительное расширение вен семенного канатика - синдром «мешка с червями» над левым яичком. Врач провёл с подростком беседу о необходимости лечения и дал направление в ДХО.

Вопросы:

1. Какая основная патология выявлена у подростка?
2. Назовите основную причину её возникновения.
3. Что способствовало её проявлению в 14 лет?
4. Какое лечение сопутствующей патологии, выявленной хирургом, показано подростку и почему?
5. Какой метод хирургического вмешательства целесообразно выбрать для одновременной коррекции выявленных патологических образований.

4. Родители ребёнка 6 месяцев во время купания обнаружили выбухание в правой паховой области, которое появлялось периодически и самостоятельно исчезало. Во время обращения к детскому хирургу поставлен диагноз правосторонняя паховая грыжа и предложено оперативное вмешательство в плановом порядке. Грыжевое выпячивание ребёнка не беспокоило и родители от оперативного вмешательства отказались. В возрасте 2 - х лет ребёнок в летнее время находился в деревне у бабушки с дедушкой, вел себя обычно, был активным, но однажды начал беспокоиться, отмечалась однократная рвота. Это состояние было расценено как результат переедания ягод клубники. Ребёнка уложили в постель, дали таблетку но - шпы и активированный уголь. На следующий день после завтрака у ребёнка отмечалась рвота принятой пищей, жидкий стул чёрного цвета. Ребёнок осмотрен фельшером, рекомендована водно – чайная диета в течении суток. За это время повторилась дважды рвота, последний раз с примесью желчи, мальчик пожаловался на боли в животе. Вызванный врач СМП обнаружил у ребёнка выбухание в правой паховой области и транспортировал больного в ДХО. Состояние при поступлении средней тяжести, обусловленное болью, беспокойством, интоксикацией и обезвоживанием.

Вопросы:



1. О каком заболевании можно думать у больного?
2. Какие дополнительные обследования считаете показанными ?
3. Какой метод лечения показан в данном случае?
4. Если больному показано оператианое лечение, то какие его этапы и в какой последовательности следует выполнять.
5. Какие изменения в ущемлённых органов следует предполагать при такой давности осложнения.
6. Какие варианты оперативного вмешательства показаны в зависимомти от обнаруженных изменей в ущемлённых органах.

Тестовый контроль

1.Наличие опухолевидного образования в пахово-мошоночной области характерно для:

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) варикоцеле
- в) крипторхизма
- г) водянки оболочек яичек
- д) лимфаденита
- е) кисты семенного канатика

2. Наличие в мошоночной области, за пределами наружного пахового кольца образования эластичной консистенции, не вправимого в брюшную полость, характерно для

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичек
- г) крипторхизма, паховая форма
- д) лимфаденита



3. Наличие в пахово-мошоночной области образования эластичной консистенции, легко с урчанием вправимого в брюшную полость, характерно для

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичек
- г) крипторхизма
- д) лимфаденита



4. Наличие в пахово-мошоночной области за пределами пахового кольца плотно-эластического, б/болезненного, невправимого в брюшную полость образования, характерно для

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичка
- г) крипторхизма
- д) лимфаденита



5. Наличие ниже паховой связки округлого, болезненного при пальпации образования, с гиперемией кожи, подъемом температуры, характерно для:

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичек
- г) крипторхизма
- д) лимфаденита

6. Наличие в паховой области образования плотноэластичной консистенции, малоподвижного, б/болезненного при пальпации, при отсутствии яичка в мошонке характерно для:

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичка
- г) крипторхизма, паховой формы
- д) лимфаденита



7. При сложности дифференциальной диагностики объемного образования в паховой области показано выполнить -----

8. При подозрении на пахово-мошоночную грыжу необходимо обследование:

- а) УЗИ мошонки и паховой области
- б) рентгенографию
- в) диафаноскопия
- г) проба Вальсальвы
- д) пневмоирригация

9. Симптом “Просвечивания” на диафаноскопии характерен для

- а) пахово-мошоночной грыжи
- б) кисты семенного канатика
- в) водянки оболочек яичек
- г) крипторхизма
- д) лимфаденита

10. При выявлении неосложненной пахово-мошоночной грыжи необходимо:

- а) оперативное лечение в плановом порядке у детей старше 6 месяцев
- б) оперативное лечение в экстренном порядке
- в) консервативное лечение
- г) ношение бандажа

11. При водянке оболочек яичек необходимо:


- а) оперативное лечение в плановом порядке у детей старше 6 месяцев
- б) оперативное лечение в экстренном порядке
- в) консервативное лечение
- г) ношение бандажа
- д) оперативное лечение в плановом порядке у детей старше 2 лет

12. При ущемленной пахово-мошоночной грыже у мальчиков показано:

- а) экстренная госпитализация
- б) экстренная операция при неэффективном консервативном лечении
- в) оперативное лечение в плановом порядке.
- г) ношение бандажа

13. При ущемленной в течение 6 часов паховой грыже у девочек показано:

- а) консервативные мероприятия при известной давности ущемления
- б) оперативное лечение в экстренном порядке
- в) оперативное лечение в плановом порядке.
- г) наблюдение в динамике.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 47 -</p>
--	---	---	---------------

Ответы

1 а, г, е. 2 в. 3 а. 4 б. 5 д. 6 г. 7 УЗИ. 8 а, в. 9 в. 10 а. 11 д. 12 а, б. 13 б.

Учебные ситуационные задачи для окончательного контроля

Задача № 1. Во время профилактического осмотра детей в дошкольном учреждении врач педиатр обнаружил у мальчика 5 лет выбухание в правой паховой области около 3 см. в диаметре. При пальпации образование исчезло и вновь не появлялось. Во время беседы с родителями врач выяснил, что они это образование у ребёнка ранее не видели. Мальчик вел себя обычно на боли в животе или в паховой области не жаловался. В возрасте 4 лет перед оформлением документов в детский сад осмотрен детским хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать у этого ребёнка?
2. Специалистом какого медицинского учреждения должен быть обследован ребёнок для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные приёмы могут быть использованы в процессе диагностики?
4. Назовите косвенные признаки патологии которые могут подтвердить ваш диагноз.
5. Какое лечение следует провести ребёнку, если предполагаемый вами диагноз подтвердится?

Эталоны ответа:


1. О правосторонней паховой грыже.
2. Детским хирургом специализированного отделения.
3. Попросить ребёнка выпятить живот отклонив туловище назад, повысить внутрибрюшное давление надавив рукой на живот ребёнка по направлению сверху вниз.
4. Расширение наружного пахового кольца, положительный симптом кашлевого толчка и утолщение семенного канатика справа.
5. Оперативное вмешательство в плановом порядке – грыжесечение.

Задача № 2. Детский хирург поликлиники обнаружил у ребёнка 1 месяца выбухание в области пупка диаметром 1,5 см. и высотой 2,5 см. Со слов мамы, выпячивание появилось на 3 неделе жизни ребёнка во время беспокойства из - за вздутия живота и задержки стула. Вне беспокойства и во время сна выпячивание исчезает. Хирург обнаружил при пальпации дефект апоневроза в верхней полуокружности пупочного кольца овальной формы до 1,5 см. диаметром. Во время обследования выпячивание легко вправлялось в брюшную полость и появлялось вновь. Ребёнок во время обследования не беспокоился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Согласны ли вы с мнением мамы о причине возникновения образования в области пупка или придаёте большее значение иному этиологическому фактору?
3. Почему подобные образования чаще появляются в верхней полуокружности пупочного кольца?
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации и оперативном лечении?
5. Возможно ли самоизлечение при данной патологии?
6. Если вы сторонники консервативного лечения, то в чём оно заключается?
7. Назовите сроки выполнения операции в случае неэффективности консервативного лечения.

Эталон ответа:

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 48 -</p>
--	---	---	---------------

1. Пупочная грыжа неущемлённая.
2. Основная причина возникновения пупочной грыжи – дефект апоневроза в области пупочного кольца, а повышение внутрибрюшного давления является предрасполагающим моментом.
3. Верхняя полуокружность пупочного кольца более свободна так как содержит лишь пупочную вену. Нижняя полуокружность занята двумя облитерированными артериями и срединной связкой образовавшейся из урахуса.
4. Не нуждается.
5. Возможно у 60% детей в первые 2 -3 года.
6. Массаж и лечебная гимнастика укрепляющие все структуры передней брюшной стенки. Частое выкладывание ребёнка на живот. Сведение краёв дефекта апоневроза в зоне пупочного кольца методом лейкопластырных повязок (лечение должно проводиться только детским хирургом).
7. После 3 -5 лет.


Задача №3. Родители, во время ухода за ребёнком 3 лет, обнаружили у него небольшое образование по средней линии живота размерами с горошину. Ребёнок осмотрен детским хирургом. Небольшое выпячивание располагалось между мечевидным отростком грудины и пупком в виде безболезненного уплотнения, не исчезающего при надавливании. Создалось впечатление о том, что это образование выходит под кожу через щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы причины возникновения и этапы развития данной патологии?
3. Имеются ли показания к срочному оперативному вмешательству?
4. Какой метод лечения и в каком возрасте следует рекомендовать родителям ребёнка?
5. В случае отказа родителей от лечения, о каком возможном осложнении их следует предупредить.
6. Из каких моментов состоит лечение данного порока развития?

Эталон ответа:

1. Грыжа белой линии живота.
2. Грыжевыми воротами является щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота. Первым этапом образования грыжи белой линии живота является выход предбрюшинной клетчатки (стадия предбрюшинной липомы) В последующем может внедряться париетальная брюшина (грыжевой мешок) и содержимое – петли кишок и сальник.
3. По условиям задачи у данного ребёнка срочных показаний к оперативному вмешательству нет.
4. Плановое оперативное вмешательство в возрасте 3 -5 лет.
5. В последующем с ростом ребёнка при резком повышении внутрибрюшного давления или перерастяжения брюшной стенки возможно выход в грыжевой мешок и ущемление сальника или петель кишок.
6. Из небольшого разреза кожи над грыжевым выпячиванием выделяют прядь предбрюшинного жира, прошивают у основания и отсекают. Культю погружают в щелевидный дефект апоневроза, который затем ушивают отдельными швами. Операцию можно закончить наложением косметического шва на кожу.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 49 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 6

Тема занятия: «Патология пупочной области. Пупочные грыжи, грыжи белой линии живота. Аномалии желточного и мочевого протоков»

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией пупочной области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Эмбриогенез пупочной области.
 2. Причины формирования пороков развития пупочной области у детей
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 3. Правильно сформировать диагноз и показания к лечению детей патологией пупочной области у детей.
 4. Корректно беседовать с родителями ребёнка, соблюдать основополагающие принципы деонтологии.
8. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Основные факторы формирования патологии пупка у детей.
 2. Этиология и патогенез осложнений.
 3. Клиническая диагностика патологии пупочной области у детей.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией пупочной области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Основные факторы риска развития осложнений при патологии пупочной области у детей.
 2. Клинические особенности патологии пупочной области у детей .
7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Правильно сформировать диагноз и показания к лечению детей патологией пупочной области у детей.
 2. Корректно беседовать с родителями ребёнка, соблюдать основополагающие принципы деонтологии.
8. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 4. Принципы лечения патологии пупочной области у детей.
 5. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.
 6. Полные кишечные свищи. Клиника, диагностика, лечение.

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,6 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией пупочной области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**



1. Диагностику патологии пупочной области у детей.
2. Принципы лечения патологии пупочной области у детей.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Составлять клинический протокол обследования и лечения детей с патологией пупочной области у детей.
2. Составлять план хирургического лечения патологии пупочной области.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Дифференциальный диагноз омфалита с врожденными свищами пупка.
2. Диагностику и тактику лечения патологии пупочной области у детей.

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а порок развития сосудов пуповины;
- б незаращение апоневроза пупочного кольца;**
- в воспаление пупочных сосудов;
- г портальная гипертензия;
- д родовая травма.

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а расширение пупочного кольца;
- б в покое легко вправляется;**
- в частое ущемление;**
- г в покое трудно вправляется;**
- д выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

3. У РЕБЕНКА ОДНОГО ГОДА С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

- а экстренное оперативное вмешательство;
- б операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
- в наблюдение в динамике, ЛФК**
- г массаж живота, профилактику запоров;
- д стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

4. ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ:

- а по установлении диагноза;
- б до 1 года;
- в до 2 лет;
- г после 3 лет;
- д в 4-5 лет.**



5. ДЛЯ ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

а наличие апоневротического дефекта по средней линии;

б приступообразные боли в животе;

в тошнота и рвота;

г диспептические явления;

д гиперемия и припухлость.

6. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖЕ БЕЛОЙ ЛИНИИ СЛУЖИТ:

а установление диагноза;

б болевой симптом;

в косметический дефект;

г сопутствующие диспептические явления;

д отставание в физическом развитии.

7. ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, НЕ ВЫЗЫВАЮЩАЯ НАРУШЕНИЯ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ДОЛЖНА ОПЕРИРОВАТЬСЯ:

а до 1 года;

б 1-3 года;

в после 3 лет;

г старше 5 лет;

д после 10 лет.

8. Кал в виде «малинового желе» характерен для:

А) Стеноза привратника;

Б) Инвагинации;

В) Обтурации кишки фитобезоаром;

Г) Дивертикула Меккеля;

Д) Аппендикулярного инфильтрата.

9. Факторами, способствующими развитию странгуляционной кишечной непроходимости, являются:

1. Длинная узкая брыжейка;

2. Спаечный процесс в брюшной полости;

3. Спаяние Меккелева дивертикула с брыжейкой тонкой кишки;

Выберите правильное сочетание ответов:

А) Все ответы правильные.

10 Наиболее часто в дивертикул эктопирована

1. Слизистая желудка

2. Слизистая поджелудочной железы

3. Ткань щитовидной железы

4. Ткань надпочечника.

11. Инвагинация дивертикула может быть вызвана

1. воспалением

2. полипом стенки кишки

3. увеличенным лимфатическим узлом

4. инородным телом

12. Киста желточного протока располагается


1. по средней линии ниже пупка

2. справа от средней линии


3. слева от средней линии

4. над лоном

13. Полный кишечный свищ оперируют

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 52 -</p>
--	---	---	---------------

1. в срочном порядке в периоде новорожденности
2. после консервативного лечения
3. в возрасте до 1 года
- 4 при развитии осложнений
- 14. Осложнением полного кишечного свища является**
 1. эвагинация кишки
 2. нагноение свищевого хода с развитием омфалита
 3. перекрут кишки
 4. кровотечение из свищевого хода
- 15. При нагноении кисты мочевого протока проводят**
 1. срочное удаление кисты
 2. консервативное лечение
- 3. вскрытие гнойника через переднюю брюшную стенку**
 4. пункционное лечение до стихания воспалительный изменений

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 53 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 7

Тема занятия: «Крипторхизм. Варикоцеле. Синдром отечной мошонки»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 час
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей крипторхизмом и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Варианты аномалий положения яичка: гипоплазия, монорхизм, анорхизм, полиорхизм; их диагностику и принципы лечения.
 2. Варианты аномалий положения яичка: крипторхизм, зктопия; их диагностику/в том числе с помощью специальных методов исследования/, оптимальные сроки хирургической коррекции, показания к гормональной терапии.
 3. Возможные осложнения аномалий положения яичка, методы их диагностики и лечения.
7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Обследовать ребенка для выявления заболеваний и их осложнений.
 2. Составить план обследования больного с участием специалистов: эндокринолога, генетика.
8. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Крипторхизм, ложный крипторхизм, монорхизм, анорхизм, эктопия яичка. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика (УЗИ, лапароскопия).
 2. Сроки хирургического лечения, показания. Тактика врача-педиатра, лечение.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 час
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей крипторхизмом и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Возможные осложнения аномалий положения яичка, методы их диагностики и лечения.
 2. Этиологию и патогенез варикоцеле.
 5. Возраст, в котором наиболее часто встречается это заболевание.
7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Определить сроки консервативного и оперативного лечения.
 2. Определить показания к экстренной консультации хирурга.
8. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, сроки,
 2. Современные методы лечения (оперативный, эндоваскулярный, эндоскопический).

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,6 час
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей крипторхизмом и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Причины развития бесплодия у больных с варикоцеле.
 2. Клинические формы, диагностику, принципы лечения.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 54 -</p>
--	---	---	---------------

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Обследовать больного для выявления варикоцеле, крипторхизма и синдрома отечной мошонки .
2. Выбирать тактику оперативного вмешательства при крипторхизме и варикоцеле.

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Синдром "отечной мошонки" (перекрут яичка, некроз гидатиды, травма яичка, орхоэпидидимит, аллергический отек).
2. Этиопатогенез, классификация.
клиника, диагностика, дифференциальная диагностика тактика синдрома "отечной мошонки"
3. Тактика врача-педиатра, лечение синдрома "отечной мошонки".

9. План проведения занятия:⊕

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационный задачи

2.1 Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку. Ваш диагноз и тактика.

2.2 У мальчика 1 месяца отмечается отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу.

Мошонка гипоплазирована.

Ваш диагноз и тактика.

При медицинском осмотре в поликлинике у мальчика 13 лет выявлено расширение вен гроздьевидного сплетения левого семенного канатика, усиливающееся при натуживании. Яичко возрастных размеров эластичной консистенции.

Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести пациенту.

Дальнейшая тактика.

Тестовые материалы для исходного, промежуточного контроля

Установить соответствие

Заболевание: Патология положения:

1. Крипторхизм истинный а отклонение от пути следования
2. Крипторхизм ложный б задержка на пути следования
3. эктопия яичка в смещение из-за повышенного кремастерного рефлекса
4. Монорхизм г отсутствие с одной стороны



Локализация яичка при ретенции

- А) паховая Б) лобковая В) бедренная
Г) промежностная Д) перекрестная Е) брюшная

Локализация яичка при эктопии


- А) паховая
Б) лобковая
В) бедренная
Г) промежностная
Д) перекрестная
Е) брюшная

Установить соответствие: патология тактика

- 1) анорхизм а) гормональное лечение
2) полиорхизм б) удаление добавочного яичка
3) крипторхизм истинный
в) низведение яичка с 10 лет
4) эктопия г) низведение яичка с 2 лет
5) крипторхизм ложный д) не требует лечения е) оставление добавочного яичка ж)
низведение яичка до 2 лет

Варикоцеле возникает в возрасте:

- А) до 2-х лет
Б) до 9-10 лет
В) после 9-10 лет

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 56 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 8

Тема занятия: «Пороки развития челюстно – лицевой области. Черепно – мозговые, спинномозговые грыжи»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией челюстно – лицевой области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 - 1.Варианты аномалий положения яичка: гипоплазия, монорхизм, анорхизм, полиорхизм; их диагностику и принципы лечения.
 - 2.Варианты аномалий положения яичка: крипторхизм, зктопия; их диагностику/в том числе с помощью специальных методов исследования/, оптимальные сроки хирургической коррекции, показания к гормональной терапии.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 - 1.Обследовать ребенка для выявления заболеваний и их осложнений.
 - 2.Составить план обследования больного с участием специалистов: эндокринолога, генетика.
- 8.**Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Этиология врожденных пороков развития человека (экзогенные факторы, эндогенные факторы).
 2. Патогенез врожденных пороков развития лица и их профилактика.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией челюстно – лицевой области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 - 1.Возможные осложнения аномалий положения яичка, методы их диагностики и лечения.
 - 2.Этиологию и патогенез варикоцеле.
 - 3.Возраст, в котором наиболее часто встречается это заболевание.
7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 - 1.Определить сроки консервативного и оперативного лечения. патологии челюстно – лицевой области
 - 2.Определить показания к экстренной консультации хирурга
- 8.**Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Врожденные системные пороки развития лица и шеи (синдромы).
 2. Клиническая картина и схема лечения некоторых синдромов.
 3. Классификация врожденных расщелин верхней губы и неба. Клиника (анатомические нарушения) при различных формах врожденных расщелин верхней губы и неба. Клиника (функциональные нарушения) при различных формах врожденных расщелин верхней губы и неба.

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 57 -</p>
--	---	---	---------------

2. **Продолжительность:** 1,6 часа
3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией челюстно – лицевой области и определять общие принципы их лечения.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
6. Причины развития бесплодия у больных с варикоцеле.
7. Клинические формы, диагностику, принципы лечения.
7. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
1. Обследовать больного для выявления пороков развития челюстно – лицевой области. черепно – мозговых, спинномозговых грыж.
2. Методики операций применяемых для лечения пороков развития челюстно – лицевой области., черепно – мозговых, спинномозговых грыж.
8. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
1. Особенности и способы вскармливания и ухода за детьми с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
2. Хейлопластика. Задачи, способы проведения и возрастные показания к операции. Подготовка больных к операции. Уранопластика. Задачи, способы проведения и возрастные показания к операции. Подготовка больных к операции. Сроки и содержание диспансерного периода.

Ситуационные задачи по теме занятия:

Задача

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с врожденной односторонней изолированной скрытой расщелиной верхней губы?

Хорошо запеленать. Взять на руки в вертикальном положении.

Кормить грудью или из чайной ложечки. Первые 3 месяца кормить 6 раз в сутки, а затем - 4. Что в совете совсем не указано или указано неверно?

Задача

Дайте совет матери. Как кормить ребенка с врожденной полной двусторонней изолированной расщелиной верхней губы? Хорошо запеленать. Взять ребенка на руки в положении вертикально.

Кормить грудью или сцеженным молоком используя соску с большим отверстием, а затем ложкой. В первые 3 месяца кормить новорожденного 6-8 раз в сутки, затем - 4. Что в совете совсем не указано или указано неверно?

Задача.

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с врожденной изолированной неполной расщелиной неба?


Хорошо запеленать.

Взять на руки.

Кормить только через соску, а затем пипеткой или из чайной ложечкой небольшими порциями (не смотря на все трудности).

Первые 3 месяца кормить 6-8 раз, затем - 4 раза в сутки.

Что в совете совсем не указано или указано неверно?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 58 -</p>
--	---	---	---------------

Задача

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба?

Хорошо запеленать.

Взять ребенка на руки и кормить вначале через зонд, а затем только из чайной ложечки (не смотря на все трудности) грудным молоком, а затем прикорм по рекомендации врача-педиатра.

Первые 3 месяца жизни ребенка кормить 6-8 раз в сутки, а затем 4 раза. Что в совете совсем не указано или указано неверно?

Задача

Ребенку 5 лет. Диагноз: Врожденная неполная расщелина мягкого и твердого неба. Определите анатомические границы расщелины. Перечислите основные анатомические нарушения, сопутствующие этой расщелине неба.

Задача

Ребенку 6 лет. Диагноз: Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба (сквозная). Дайте полную анатомическую характеристику расщелины.

Задача

Ребенку 6 лет. Диагноз: Врожденная полная двусторонняя расщелина губы, альвеолярного отростка и неба (сквозная) Дайте анатомическую характеристику расщелины. Перечислите основные анатомические нарушения, сопутствующие расщелине.

Задача

Ребенку 4 месяца. Диагноз: Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы. Дайте анатомическую характеристику этой патологии и укажите, какие функции будут нарушены и почему?

Задача

Ребенку 6 месяцев. Диагноз: Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба (сквозная). Перечислите, какие функции будут нарушены у ребенка и почему?

Задача

Ребенку 4 года. Диагноз: Врожденная скрытая расщелина мягкого и твердого неба. Дайте анатомическую характеристику этой патологии, укажите на функциональные нарушения.

Задача.

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с изолированной полной расщелиной мягкого и твердого неба?

Хорошо запеленать.

Кормить грудью или из соски с большим отверстием.

При аспирации пищи кормить через зонд.

В первые 3 месяца кормить 6-8 раз в сутки, затем - 4.

Что в совете не указано совсем или указано неверно?


Вопросы тестового контроля к практическому занятию

1. Укажите задачи хирурга во время хейлопластики:

- а) ушить расщелину;
- б) удлинить верхнюю губу;



- в) нормализовать функцию сосания;
 - г) нормализовать функцию глотания;
 - д) все ответы правильные.
2. Укажите задачи хирурга во время уранопластики:
- а) нормализовать функцию речи;
 - б) удлинить мягкое небо;
 - в) ушить расщелину;
 - г) нормализовать функцию глотания;
 - д) все ответы правильные.
3. При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:
- а) жевания;
 - б) глотания;
 - в) сосания;
 - г) слуха;
 - д) нарушены все указанные функции
4. При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:
- а) дыхания;
 - б) глотания;
 - в) сосания;
 - г) речи;
 - д) нарушены все указанные функции.
5. Хейлопластику принято проводить в возрасте:
- а) до 1 месяца жизни ребенка;
 - б) от 2 до 3 месяцев жизни ребенка;
 - в) от 4 -до 7 месяцев жизни ребенка;
 - г) от 8 до 10 месяцев жизни ребенка;
 - д) после 12 месяцев жизни ребенка.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 60 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 9


Тема занятия: «Патология толстой кишки у детей. Поликлиника. Организация работы хирургического кабинета»

Часть 1

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
 2. **Продолжительность:** 1,5 часа
 3. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией толстой кишки у детей определять общие принципы их лечения. Составить представление об организации работы хирургического кабинета.
 4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
 5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. этиологию и патогенез наиболее часто встречающейся патологии толстой кишки.
 2. проанализировать клинические проявления колопроктологических заболеваний.
 6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. выявить жалобы больного с заболеваниями кишечника; провести физикальное обследование кишечника, выявив симптомы его поражения;
 2. собирать хирургический анамнез при патологии толстой кишки.
- 3. Контрольные вопросы по теме занятия:**
1. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, эмбриология порока. Сочетанные аномалии (крестопатии).
 2. Основные клинические синдромы. Классификация.
 3. Особенности предоперационной подготовки. Методика выполнения сифонной клизмы. Осложнения сифонной клизмы и методы борьбы с ним.
 4. Показания к наложению колостомы. Сроки и способы наложения. Особенности ухода за колостомой.

Часть 2

6. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
 7. **Продолжительность:** 1,5 часа
 8. **Цель занятия:** Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией толстой кишки у детей определять общие принципы их лечения. Составить представление об организации работы хирургического кабинета.
 9. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
 10. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. этиологию и патогенез наиболее часто встречающейся патологии толстой кишки.
 2. проанализировать клинические проявления колопроктологических заболеваний.
 3. Провести дифференциальную диагностику патологий толстой кишки у детей.
 6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. выявить жалобы больного с заболеваниями кишечника; провести физикальное обследование кишечника, выявив симптомы его поражения;
 2. собирать хирургический анамнез при патологии толстой кишки.
 3. обосновать наличие или отсутствие у больного того или иного кишечного синдрома; обосновать план лабораторно-инструментального обследования для данного клинического случая в пределах рассмотренных нозологических форм;
- 4. Контрольные вопросы по теме занятия:**
1. Виды радикальных вмешательств при патологиях толстой кишки.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 61 -</p>
--	---	---	---------------

2. Хронический кишечный колостаз.
3. Понятие, причины. Роль врожденных пороков развития. Поведенческий фактор. Методы лечения. Осложнения.

11. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

12. Продолжительность: 1,6 часа

13. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с патологией толстой кишки у детей определять общие принципы их лечения. Составить представление об организации работы хирургического кабинета.

14. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

15. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Тактику врача-педиатра при подозрении на колопроктологические заболевания.
2. Программу лечения детей с колопроктологическими заболеваниями. Амбулаторное и стационарное лечение.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. обосновать предположение о наличии или отсутствии у больного болезни Гиршпрунга, хроническую кишечного колостаз, болезни Крона, неспецифического язвенного колита.
2. Составлять программу лечения детей с колопроктологическими заболеваниями. Амбулаторное и стационарное лечение.

3. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Понятие, причины. Роль врожденных пороков развития. Поведенческий фактор. Методы лечения. Осложнения. определение ЯК, БК, (современные представления об этиологии ЯК и БК, патофизиологические изменения в кишечнике при воспалительных заболеваниях, современная классификация ЯК, критерии активности ЯК и БК, основные клинические симптомы ЯК (от наиболее часто встречающихся в порядке убывания),
2. фазы болезни Крона, кишечные и внекишечные осложнения ВЗК, наиболее значимые методы обследования в диагностике ВЗК)
3. Структура детского хирургического кабинета. Функции детского хирургического кабинета. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала детского хирургического кабинета. Стандарт оснащения детского хирургического кабинета.

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин


2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.

У мальчика И., 11 лет, больного ЯК, при обострении отмечается жидкий стул с примесью

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 62 -</p>
--	---	---	---------------

крови и гноя до 18 раз в сутки, фебрильная температура, анорексия, потеря веса.
Какая диета показана больному? Наиболее рациональная терапия в этом случае? Показаны ли антидиарейные препараты?

У 16-летней девушки в анамнезе ЯК, диагностированный в возрасте 7 лет. Периодически наступают обострения, по поводу которых она получает короткий курс лечения гормонами. В данный момент отмечает появление свежей крови в кале, периодически возникающие спастические боли. Лечение сейчас не получает.
По вашему мнению, с чего нужно начать обследование в настоящий момент?

У больной из предыдущей задачи при обследовании: тотальное поражение толстой кишки, однако при эндоскопии отмечалась только ранимость слизистой оболочки, язв и экссудата отмечено не было, что свидетельствует о минимальной активности заболевания.
Какое лечение будет адекватным у данной больной?

Девочка М., 8 лет, доставлена «скорой помощью» в хирургическое отделение по поводу острого живота. Симптомы заболевания были типичны (фебрильная температура, острое начало, болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины) и больная с диагнозом: острый аппендицит взята на срочное оперативное лечение. Во время операции в брюшной полости обнаружен катарально измененный аппендикс, но начальный отдел слепой кишки (10 см) и дистальный отдел подвздошной кишки (30 см) оказались наиболее изменены – выраженная инфильтрация, значительная опухлевидная деформация. Измененные отделы кишечника были резецированы, в удаленной подвздошной кишке отмечена продольная трещина около 6 см длиной, затрагивающая все слои кишечной стенки, в слепой кишке – подобные, но более мелкие трещины (№3).

Больная 15 лет с детства страдает запорами, стул один-два раза в неделю. В настоящее время самостоятельно стул бывает один раз в две недели с выделением твердых каловых масс. Вынуждена пользоваться клизмами. В детстве и юности часто бывал «двухэтапный стул», когда после одной дефекации через полчаса-час наблюдалась вторая, а затем снова следовал период запора.
Подберите диагноз из нижеперечисленных: а). Микседема; б). Мегадолихоколон; в). болезнь Гиршпрунга; г). синдром раздраженной кишки. Почему?

Мальчик 4 лет, поступил в стационар по поводу недержания кала. Данная жалоба появилась около 10 месяцев назад, до этого отмечались запоры, стул был через 2-3 дня, отмечались трудности при дефекации, кал сухой, каловый цилиндр большого диаметра.
Объясните механизм развития энкопреза у пациента. Сформулируйте диагноз. Какие обследования подтвердят диагноз?

Девочка 14 лет, поступила по поводу выраженного абдоминального болевого синдрома. В анамнезе боли в животе – частые, купирующиеся после отхождения кала и газов. Отмечается связь болей со стрессом – сейчас больная сдает экзамены в школе. Иногда отмечается понос, необильный и непродолжительный, также связанный с болями и стрессом. При обследовании не выявлено органических изменений в кишечнике, нет признаков воспаления.
Предварительный диагноз? Чем обусловлен болевой синдром?



Назначьте лечение больной из предыдущей задачи, обосновывая каждый препарат.

Девочка 14 лет, наблюдается невропатологом по поводу мигрени. В последние 4 месяца отмечает, что появилась абдоминальная боль, не локализованная, связанная с приступами мигрени (до приступа за 1-2 дня), продолжающаяся около суток, иногда – с однократным жидким стулом.

Наиболее вероятная причина абдоминальных болей у девочки? Назначьте обследование и лечение.

1. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гемоколит
- 2) диарея
- 3) полифекалия
- 4) рвота

2. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА МОГУТ БЫТЬ

- 1) кишечное кровотечение
- 2) перфорация толстокишечных язв
- 3) выпадение прямой кишки
- 4) инвагинация

3. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) колооскопия
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) морфологическое исследование биоптатов толстой кишки
- 4) коагулограмма

4. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки
- 2) амебиазом
- 3) дизентерией
- 4) полипозом кишечника

5. ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ:

- 1) встречается ректальное кровотечение
- 2) иногда при мочеиспускании обнаруживаются пузырьки газа
- 3) иногда прослеживается взаимосвязь с недостаточностью всасывания
- 4) для ликвидации запора назначают слабительное средство, усиливающее перистальтику
- 5) ирригоскопия с введением сульфата бария является первым необходимым методом исследования для постановки диагноза

6. С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА КОЛОНОСКОПИИ ВОЗМОЖЕН ОСМОТР

- 1) дистального отдела прямой кишки
- 2) сигмовидной кишки
- 3) нисходящего отдела толстой кишки
- 4) поперечно-ободочной кишки
- 5) нисходящего отдела 12-перстной кишки

7. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бактериологическое исследование фекалий
- 2) ректороманоскопия
- 3) определение рН кала
- 4) ирригография



5) копрограмма

Укажите один правильный ответ

8. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К
ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1) миокардит
- 2) перихолангит
- 3) узловатая эритема
- 4) полиартрит
- 5) иридоциклит

9. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

- 1) типичны трансмуральные повреждения
- 2) может у детей сочетаться с артритом
- 3) повышен риск рака кишечника
- 4) обычно в процесс вовлечена прямая кишка
- 5) часто наблюдаются пораженные участки кишечника, перемежающиеся здоровой тканью

10. СТАРТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) глюкокортикоидные гормоны
- 2) препараты 5-АСК
- 3) азатиоприн
- 4) сандиммун

11. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) подвздошная кишка
- 2) илеоцекальный угол
- 3) ободочная кишка
- 4) прямая кишка

12. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА:

- 1) подвздошная кишка
- 2) илеоцекальный угол
- 3) ободочная кишка
- 4) прямая кишка

13. ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯК ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) цирроз печени
- 2) аутоиммунный гепатит
- 3) первичный склерозирующий холангит
- 4) первичный билиарный цирроз

14. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ПРИ ЯК ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 1 мг/кг/ в сутки
- 2) 2 мг/кг/ в сутки
- 3) 20 мг/кг/ в неделю
- 4) 20 мг/кг/ в сутки

15. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ 5-АСК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯК:

- 1) салофальк
- 2) пентаса
- 3) сульфосалазин
- 4) салазопиридазин



Укажите все правильные ответы

16. ДВИЖЕНИЕ ПИЩИ ПО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

- 1) происходит быстрее, чем у взрослых
- 2) происходит медленнее, чем у взрослых
- 3) при искусственном вскармливании пища проходит быстрее
- 4) при естественном вскармливании пища проходит быстрее
- 5) вид вскармливания не имеет значения

Укажите один правильный ответ

17. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДЛЯ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ У ДЕТЕЙ 2-5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1000-1500 мл
- 2) 2000-5000 мл
- 3) 5000-8000 мл

ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ИЛИ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ
ИНТРАМУРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ГАНГЛИЕВ В СТЕНКЕ КИШКИ
НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ _____

Укажите все правильные ответы

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- а застойная рвота
- б периодическое вздутие живота, хронические запоры**
- в постоянное вздутие живота
- г самостоятельный стул только летом
- д отсутствие перистальтики
- е стул только после клизмы

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ
ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- а застойная рвота
- б постоянное вздутие живота
- в болезненный, напряженный живот**
- г отсутствие перистальтики
- д отсутствие отхождения стула и газов**
- е каловая интоксикация**
- ж обезвоживание, анемия**

ОСНОВНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ
ГИРШПРУНГА

- а ирригография**
- б ректальная манометрия
- в ректальная электромиография
- г определение тканевой ацетилхолинэстеразы
- д ректальная биопсия мышечного слоя
- е компьютерная томография



ж пневмоирригография

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СОСТОЯТ ИЗ

- а зоны сужения
- б супрастенотического расширения**
- в сглаженности или отсутствия гаустр
- г задержка контраста на отсроченных снимках**
- д дефекта наполнения
- е затека контраста в брюшную полость

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНЫ С

- а мегадолихосигмой, мегаректум
- б вторичным мегаколон
- в нейроанальной интестинальной дисплазией**
- г спаечной непроходимостью
- д алиментарным фактором
- е дисбактериозом кишечника**
- ж болезнью Гиршпрунга**
- з полипом слизистой толстой кишки и болезнью Крона

Укажите правильный ответ

КАКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ К РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ

- а фрагментированный (“бобовидный”, “овечий”) или твердый кал
- б натуживание занимающее по меньшей мере 25% времени дефекации или уменьшение массы стула менее 35 г/сут.
- в ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже, чем при одном из четырех актов дефекации
- г ощущение препятствия при прохождении каловых масс, более чем при 25% актов дефекации
- д менее 2-3 дефекаций в неделю
- е тошнота, рвота


Укажите все правильные ответы

КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ С ЗАПОРАМИ ВСТРЕТЯТСЯ ВАМ НА ПРИЕМЕ

- а родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 3-5 дней.**
- б родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 7 дней.
- в родители отмечают у своего ребенка, что стула самостоятельного нет вообще.
- г родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 10 дней.

Укажите правильный ответ

КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ИЗ НИЖЕПРЕДЛОЖЕННЫХ ПРАВИЛЬНОЕ

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 67 -</p>
--	---	---	---------------

- а аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- б гипоганглиоз толстой и тонкой кишки.
- в аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.**
- г трансверзоколоптоз

. АНОРЕКТАЛЬНЫЙ ТОРМОЗНОЙ РЕФЛЕКС ЭТО -

- а аноректальный угол -80-90 град.
- б расслабление внутреннего сфинктера и сокращение наружного сфинктера
- в расслабление наружного сфинктера и сокращение внутреннего сфинктера
- г гипертонус наружного сфинктера

Укажите все правильные ответы

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ ВКЛЮЧАЕТ

- а Диета**
- б ЛФК**
- в Физиотерапия**
- г Лапароскопия
- д Ректороманоскопия

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 68 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 10

Тема занятия: «Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей скелета у детей. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями.

Часть 1.

6. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

7. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: ознакомить студентов с возрастными анатомо-физиологическими особенностями строения костей скелета у детей и современными методами обследования больных с травматическими повреждениями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

4.Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Особенности травматических повреждений у детей различных возрастных групп.
2. Возрастные анатомо – физиологические особенности строения костей у детей, влияющие на виды повреждений, особенности рентгендиагностики, сроки консолидации, методы хирургического лечения и реабилитации.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

3. выявить жалобы больного повреждениями костей; провести физикальное обследование опорно-двигательного аппарата, выявив симптомы его повреждения;
4. обосновать наличие или отсутствие у больного того или иного синдрома;

7.Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Особенности травматических повреждений у детей различных возрастных групп.
2. Возрастные анатомо – физиологические особенности строения костей у детей, влияющие на виды повреждений, особенности рентгендиагностики, сроки консолидации, методы хирургического лечения и реабилитации.

Часть 2.

1.Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: ознакомить студентов с возрастными анатомо-физиологическими особенностями строения костей скелета у детей и современными методами обследования больных с травматическими повреждениями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

4.Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями.
2. Профилактика детского травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Обосновать план лабораторно-инструментального обследования для данного клинического случая в пределах рассмотренных нозологических форм;
2. Дать трактовку результатов лабораторных исследований ;

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

- 1.Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями.
2. Профилактика детского травматизма.

8. План проведения занятия:

1. **Организационный момент** (проверка явки студентов) -1 мин
Постановка цели и задач занятия – 1 мин.



Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

1. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:

- A. дисплазия тазобедренного сустава
- B. врожденная косорукость
- C. амниотические перетяжки
- D. патологический вывих бедра
- E. болезнь Клиппеля-Фейля

2. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- A. бытовой
- B. уличный
- C. школьный
- D. спортивный
- E. прочий

3. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:

- A. повреждения
- B. ожоги
- C. инородные тела
- D. отравления
- E. огнестрельные повреждения

4. Повреждения, возникающие во дворе во время игры со сверстниками, следует отнести:


- A. к бытовому травматизму
- B. к уличному травматизму
- C. к транспортному травматизму
- D. к спортивному травматизму
- E. к прочему травматизму

5. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:

- A. в емкости, наполненной водой с температурой 36° и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента
- B. в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°
- C. не имеет значения
- D. при отрицательной температуре
- E. при температуре около 40°

6. Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу является:


- A. побледнение конечности, резкая болезненность
- B. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 70 -</p>
--	---	---	---------------

- С. характерных клинических проявлений нет
- Д. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности
7. Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по венозному типу является:
- А. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса
- В. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности
- С. характерных клинических проявлений нет
- Д. синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс
- Е. отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс
8. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:
- А. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- В. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- С. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
- Д. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
- Е. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава
9. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:
- А. циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- В. гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- С. гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
- Д. гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра
- Е. циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава
10. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:
- А. начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- В. произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- С. с противошоковой целью ввести наркотики
- Д. до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- Е. пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А. В. Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза
11. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает:
- А. оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей, временную остановку кровотечения, местное обезболивание
- В. переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- С. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков



- D. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- E. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков
12. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является:
- A. проксимальный эпифиз плечевой кости
- B. дистальный эпифиз плечевой кости
- C. проксимальный эпифиз бедренной кости
- D. дистальный эпифиз бедренной кости
- E. проксимальный эпифиз большой берцовой кости
13. Чаще всего возникает родовой эпифизеолиз дистального эпифиза плечевой кости при следующем виде акушерского пособия:
- A. тракция за головку плода
- B. поворот плода за ручку
- C. тракция за тазовый конец
- D. при выпадении руки
- E. при выведении заднего плечика
14. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является:
- A. деструкция метафиза плечевой кости
- B. наличие видимого костного отломка
- C. нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья
- D. видимая костная мозоль
- E. луковичный периостит
15. Типичной ошибкой при акушерском пособии, в результате которой происходит перелом ключицы, является:
- A. неправильное выведение заднего плечика
- B. неправильное выведение переднего плечика
- C. тракция плода за тазовый конец
- D. поворот плода за ручку
- E. несвоевременная стимуляция родовой деятельности

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 72 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 11

Тема занятия: «Повреждения верхней и нижней конечностей у детей».

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей, научить их клиническому обследованию больных с переломами опорно-двигательной системы, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику переломов.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Особенности травматических повреждений у детей различных возрастных групп.
2. Возрастные анатомо – физиологические особенности строения костей у детей, влияющие на виды повреждений, особенности рентггендиагностики, сроки консолидации, методы хирургического лечения и реабилитации.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Выполнить транспортную иммобилизацию верхней конечности. Осуществить одномоментную репозицию отломков при переломах ключицы со смещением отломков, абдукционных переломах хирургической шейки плечевой кости.
2. Провести лечебную иммобилизацию.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Повреждения верхней и нижней конечностей. Типичные для детей формы переломов (перелом по типу “зеленой ветки”, поднадкостничные переломы, эпифизиолиты, остеоэпифизиолиты). Родовые переломы ключицы, плеча и бедра.
2. Причины более коротких сроков заживления переломов у детей.
3. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика переломов костей конечностей.
4. Сроки консолидации и иммобилизации в зависимости от возраста ребенка.
5. Основные принципы лечения переломов трубчатых костей:
 - первая помощь (наложение шин, обезболивание);
 - закрытая репозиция, гипсовая повязка (особенности наложения у новорожденных);
 - липкопластырное и скелетное вытяжение;
 - компрессионно-дистракционный метод Илизарова;
 - оперативное лечение остеосинтез.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей, научить их клиническому обследованию больных с переломами опорно-двигательной системы, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику переломов.

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:


1. Современные методы обследования больных с травматическими повреждениями.
2. Профилактика детского травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Составить план функционального и физиотерапевтического лечения больных.
2. Определить показания к хирургическому методу лечения данных

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Патологические переломы у детей (рахит, первичная ломкость костей, остеомиелит, туберкулез и др.) Особенности лечение.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 73 -</p>
--	---	---	---------------

2. Ошибки в диагностике и лечении переломов.
3. Гемартрозы. Диагностика и лечение.
4. Вывихи. Клинические проявления и принципы лечения.
Частота, причины, классификация повреждений.

Диагностика на догоспитальном этапе и первая врачебная помощь. Распознавание на госпитальном этапе и методы консервативного и оперативного лечения.

5. Значение методов визуализации в установлении диагноза. Показания к пункции. Характеристика ликвора. Показания к консервативным и оперативным методам лечения

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

1. У ребенка 10 лет закрытый абдукционный перелом хирургической шейки плеча. Одномоментная закрытая репозиция под наркозом оказалась безуспешной. Какова должна быть дальнейшая лечебная тактика в данном наблюдении?

Необходимо продолжить лечение методом скелетного вытяжения.

2. У ребенка 5 лет закрытый надмыщелковый косой перелом плеча с угловым и ротационным смещением отломков, а также их смещением по длине. Одномоментная закрытая репозиция под наркозом оказалась безуспешной. Какова должна быть дальнейшая тактика лечения?

Следует продолжить лечение методом скелетного вытяжения.


3. У ребенка 10 лет сросшийся чрезмыщелковый перелом плеча. Движения в локтевом суставе в полном объеме, отмечается резко выраженная варусная деформация предплечья. О каком осложнении чрезмыщелкового перелома следует думать в данном случае, план диагностических и лечебных мероприятий?

При первоначальном лечении перелома не было устранено угловое смещение, в результате чего сформировалась варусная деформация плечевой кости. Необходимо произвести рентгенографию плеча и предплечья в прямой проекции, составить по ней скиаграмму, рассчитать величину угла варусной деформации. В дальнейшем показана надмыщелковая клиновидная остеотомия плеча с коррекцией варусной деформации.

4. У ребенка 7 лет сочетание бокового вывиха в локтевом суставе с переломом внутреннего надмыщелка. После вправления вывиха отломленный надмыщелок внедрился в локтевой сустав. Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Если внедрение надмыщелка в сустав обнаружено сразу после вправления вывиха, необходимо вновь вывихнуть кости в локтевом суставе и повторить вправление вывиха.

При этом в большинстве случаев надмыщелок удаляется из сустава и, если смещение его допустимое, проводят лечение иммобилизацией гипсовой лонгетой. Если внедрение надмыщелка обнаружено поздно, показано оперативное удаление внедрившегося надмыщелка из локтевого сустава.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 74 -</p>
--	---	---	---------------

5. У ребенка 6 лет травма правого локтевого сустава. Сустав отечен, движения в нем болезненны. При рентгенологическом исследовании возникло подозрение на эпифизеолиз локтевого отростка без смещения. Как отличить эпифизеолиз от обычной зоны эпифиза на рентгенограмме?

Необходимо сделать рентгенограмму локтевого сустава здоровой конечности и сравнить ее с рентгенограммой травмированной конечности. Различие в конфигурации эпифизарного хряща свидетельствует об эпифизеолизе.

6. У ребенка 9 лет клинически и рентгенологически выявляется изолированный перелом диафиза локтевой кости в средней трети с угловым смещением отломков. О каком возможном комбинированном повреждении следует подумать в данном случае? Каковы особенности клинического и рентгенологического исследования?

Следует думать о комбинированном повреждении Монтеджи – изолированном переломе локтевой кости в сочетании с вывихом головки лучевой кости. В этом случае необходимо тщательно исследовать локтевой сустав клинически (пальпация смещенной головки луча) и рентгенологически.

7. У ребенка 7 лет изолированный перелом лучевой кости на границе средней и верхней трети с угловым смещением отломков. О каком комбинированном повреждении следует подумать? Каковы особенности клинического и рентгенологического исследования?

8. У ребенка комбинированное повреждение Галеацци – изолированный перелом лучевой кости в сочетании с вывихом локтевой кости в лучезапястном суставе. Необходимо тщательно обследовать лучезапястный сустав клинически и рентгенологически.

9. У ребенка 4 лет после репозиции перелома обеих костей предплечья в средней трети наложена циркулярная гипсовая повязка от кончиков пальцев до средней трети плеча. Через 4 часа ребенок начал жаловаться на боли в руке. При осмотре выявляется резко выраженный отек кисти, кожа на кисти синюшного вида. Какая допущена ошибка в лечении больного, о каком развивающемся осложнении следует подумать, какова должна быть дальнейшая лечебная тактика?

Следует считать ошибкой фиксацию предплечья сразу после репозиции циркулярной гипсовой повязкой, а не лонгетами. В результате посттравматического отека и сдавления конечности гипсовой повязкой может развиваться тяжелое осложнение – ишемическая контрактура Фолькмана. Необходимо немедленно разрезать гипсовую повязку продольно на всем протяжении и раздвинуть ее.

10. У ребенка 7 лет перелом локтевого отростка со значительным расхождением отломков. Какой метод лечения целесообразно выбрать в данном случае?


Тестовые вопросы итогового контроля.

Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- F. бытовой
- G. уличный
- H. школьный
- I. спортивный
- J. прочий

Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:

- F. повреждения
- G. ожоги
- H. инородные тела
- I. отравления
- J. огнестрельные повреждения

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 75 -</p>
--	---	---	---------------

Повреждения, возникающие во дворе во время игры со сверстниками, следует отнести:

- Г. к бытовому травматизму
- Г. к уличному травматизму
- Н. к транспортному травматизму
- Г. к спортивному травматизму
- Г. к прочему травматизму

Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:

- Г. в емкости, наполненной водой с температурой 36⁰ и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента
- Г. в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4⁰
- Н. не имеет значения
- Г. при отрицательной температуре
- Г. при температуре около 40⁰

Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу является:

- Е. побледнение конечности, резкая болезненность
- Г. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса
- Г. характерных клинических проявлений нет
- Н. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности

Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по венозному типу является:


- Г. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса
- Г. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности
- Н. характерных клинических проявлений нет
- Г. синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс
- Г. отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс

Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:

- Г. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- Г. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- Н. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
- Г. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
- Г. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава

Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

- Г. циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- Г. гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- Н. гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
- Г. гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра
- Г. циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 76 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 12

Тема занятия: «Повреждения позвоночника и костей таза у детей. Этиопатогенз. Клиника. Неотложная помощь. Принципы лечения и реабилитации.».

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей, научить их клиническому обследованию больных с переломами опорно-двигательной системы, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику переломов.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей таза и позвоночника, научить их клиническому обследованию больных с повреждениями позвоночника и таза си, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику повреждений.

6. После изучения обучающиеся должны знать:

1. Анатомо-топографические взаимоотношения позвоночника и спинного мозга;
2. Признаки повреждения спинного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление).

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. поставить клинический диагноз,
2. назначать дополнительные информативные методы обследования (УЗИ, КТ, МРТ, лапароцентез),
3. выбрать вид иммобилизации,
4. определять показания к оперативному лечению,

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Повреждения позвоночника. Определения осложненных и неосложненных повреждений позвоночника.
2. Причины более коротких сроков заживления повреждений у детей.
3. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика повреждений позвоночника.
4. Сроки консолидации и иммобилизации в зависимости от возраста ребенка.
5. Основные принципы лечения повреждений позвоночника:
 - первая помощь (иммобилизация, обезболивание);
 - закрытая репозиция
 - иммобилизация положением;;
 - оперативное лечение (показания к экстренному и плановому).
 - первая помощь (иммобилизация, обезболивание);
 - оперативное лечение остеосинтез.

Часть 2.


1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей, научить их клиническому обследованию больных с переломами опорно-двигательной системы, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику переломов.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией переломов костей таза и позвоночника, научить их клиническому обследованию больных с повреждениями позвоночника и таза си, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику повреждений.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 77 -</p>
--	---	---	---------------

6. После изучения обучающиеся должны знать:

1. Признаки повреждения таза.
2. перечень экстренных лечебно-диагностических мероприятий при подозрении на повреждение таза.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. выбрать вид иммобилизации,
2. определять показания к оперативному лечению

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Ошибки в диагностике и лечении повреждений позвоночника.
2. Повреждения таза. Клинические проявления и принципы лечения.

Диагностика на догоспитальном этапе и первая врачебная помощь. Распознавание на госпитальном этапе и методы консервативного и оперативного лечения.

3. Причины более коротких сроков заживления переломов у детей.
4. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика повреждений таза.
5. Сроки консолидации и иммобилизации в зависимости от возраста ребенка.
6. Основные принципы лечения повреждений таза у детей

9. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи

Задача №1.

Ребенок 5 лет играл у машины с которой разгружали бревна. Бревно упало и придавило таз ребенку. Машиной скорой помощи в крайне тяжелом состоянии доставлен в ДТО.


При поступлении состояние крайне тяжелое: в сознании, кожные покровы бледные, обширная гематома в области лобка справа распространяется на поясничную область, обширные ссадины над лоном, Тоны сердца приглушены, кровяное давление 80/50 мм ртутного столба. В моче - кровь. Рентгенограмма костей таза прилагается.

Поставьте диагноз, назначьте лечения.

Задача № 2.

Ребенок 13 лет был сбит мотоциклом ударом в спину. Доставлен на носилках в ДТО. Объективно: в области 1, 2, 3 поясничных позвонков припухлость, гематома. Осевая нагрузка болезненна.

На рентгенограмме в боковой проекции вентральная высота 1,2,3 позвонков снижена,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 78 -</p>
--	---	---	---------------

индекс клиновидности 0,6 мм, ректально резкая болезненность в области копчика.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача № 3.

Ребенок 8 лет упал с гаража на правый бок. Почувствовал сильную боль в области поясницы справа. Попутным транспортом доставлен в ДТО.

Объективно: в области крыла подвздошной кости справа обширная гематома, боль при пальпации.

Какой метод обследования надо применить? Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Задача № 4.

Во время урока физкультуры, при прыжке через «козла», ребенок 10 лет почувствовал резкую боль в области крыла подвздошной кости. Вперед двигаться не смог, отмечен «задний ход».

О каком переломе можно думать? Какие методы исследования примените? Ваша тактика?

Задача №5.

Ребенку с травматическим шоком 2 степени, переломом костей таза типа Мальгени, при цистографии обнаружили, что контраст затекает в брюшную полость.

Ваша тактика?

Задача №6

Ребенок 14 лет получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика?
4. Транспортная иммобилизация и положение пострадавшего при транспортировке?
5. Где должны лечиться больные?
6. Принципы хирургического лечения?
7. Прогноз?


Задача № 7

Девочка 12 лет во время занятий спортом выполняла кувырок и при падении почувствовала боль в спине. Была кратковременная задержка дыхания. На следующий день обратилась в поликлинику к педиатру с жалобами на боли в спине.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Эталонные ответы на задачи по теме

Задача №1.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 79 -</p>
--	---	---	---------------

Ds: Травматический шок 3 степени, закрытый перелом костей таза типа Мальгени, обширные ссадины над лоном, забрюшинная гематома. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Разрыв мочевого пузыря.

Обследование- цистография.

Лечение - вывести из шока (реополиглюкин, гемодез, кровь в/в); внутритазовая блокада по Школьникову; операция - цистотомия, ушивание мочевого пузыря. Уложить «гамачок».

Задача № 2.

Ds: Перелом копчика без смещения.

Лечение - положение «лягушка», обезболивающее, послабляющая диета, электрофорез с р-м новокаина 1 % на область копчика.

Задача № 3.

Ds: Перелом крыла подвздошной кости.

Обследование - рентгенография костей таза.

Лечение - положение «лягушки» 4 недели, обезболивающее.

Задача № 4.

Ds: Отрыв передней подвздошной кости.

Обследование - рентгенография костей таза.

Тактика - направить на лечение в ДТО.

Задача № 5.

Операция - ушивание мочевого пузыря, цистостомия.


Задача №6

1. Закрытая травма шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга.
2. Рентгеновские снимки шейного отдела позвоночника, груди, головы, консультация невропатолога.
3. На постели на щите наложить больному манжеточное вытяжение за голову, назначить анальгетики, препараты для улучшения реологии крови, противоотечную терапию, вызвать на консультацию нейрохирурга-вертебролога.
4. Транспортировка с шейным ватно-марлевым воротником в положении лежа.
5. В детском хирургическом отделении.
6. В случае перелома шейных позвонков, подвывиха показано оперативное лечение – декомпрессия спинного мозга и передний спондилодез. при выписке из стационара торакокраниальная гипсовая повязка.
7. Прогноз для жизни благоприятный, если не будет осложнений

Задача №7

Подозрение на компрессионный перелом позвоночника. Показана рентгенография позвоночника в двух проекциях. Необходимы госпитализация, а также радиоизотопное исследование и компьютерная томография для уточнения диагноза.

Компрессионный перелом тел позвонков происходит при падении на ноги, ягодицы, при форсированном сгибании туловища. Механизм повреждения: при падении происходит сильное сгибание позвоночника, сжатие тел позвонков и дисков, если сила сжатия больше предела эластичности позвонков и хрящей следовательно компрессия, уплотнение губчатого вещества, сближение костных балок, позвонок приобретает форму клина. Клиника: постоянная умеренная боль в области повреждения с ограничением в подвижности позвоночника, защитным напряжением мышц спины в месте повреждения, затруднение при дыхании (посттравматическое апноэ). При умеренном сгибании головы, туловища, при поднимании прямой н/к возникает боль в области травмированного

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 80 -</p>
--	---	---	---------------

позвонка. Лечение: 1) ранняя и полная разгрузка переднего отдела позвоночника (вытяжение- больной на спине на жесткой постели, головной отдел приподнят на 25-30 см за подмышечные впадины подводят ватно-марлевые ляжки, к которым фиксируют груз); 2) с 1 дня ЛФК для создания мышечного корсета и осанки; 3) стабилизирующий корсет в периоде реабилитации в течении 6-12 месяцев; 4) диспансерное наблюдение 1,5-2 года.

Задача №8

Нырлящик ударился головой о грунт на мелководе. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Назовите диагноз. Перечислите ваши действия

Эталон ответа:

1. Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.
2. Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.
3. При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.
4. На шите с валиком под спину до основания шей.
5. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрасом. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

Задача №9

В хирургическое отделение поступил ребенок с осложненным переломом 3-4-5 Поясничных позвонков.

Нарушение каких функций ожидается?

Ответ: Парез, паралич тазового пояса и нижних конечностей с нарушением функции малого таза.

Задача №10

При обследовании ребенка в возрасте 1 года врач установил, что в результате травмы произошло повреждение органов шеи на уровне V шейного позвонка.

Какой отдел дыхательной системы мог пострадать в этом случае?

Ответ: В данном случае могло произойти повреждение трахеи, так как она располагается в этом возрасте от IV шейного до III грудного позвонка.

Тестовые задания для самоконтроля

01. Укажите перелом таза с нарушением тазового кольца: а) перелом горизонтальных ветвей лобковых костей с двух сторон; б) перелом восходящих ветвей седалищных костей; в) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны; г) перелом крыла подвздошной кости; д) вертикальный перелом крестца; е) вертикальный перелом подвздошной кости.

Выберите одну правильную комбинацию ответов.

- 1) а, б, е;
- 2) а, г, д;



- 3)б,г,д;
4)в, д, е;
5)в, г, д;

02. Установите соответствие:

- а) Тип В 1) стабильный перелом костей таза
б) Тип С 2) Частично стабильный перелом костей таза
в) Тип А 3)Нестабильный перелом костей таза

03. Укажите последовательность действий при оказании помощи пострадавшему с повреждением таза:

- а) компрессия на симфиз и крылья подвздошных костей;
б) иммобилизация;
в) обнажить область таза;
г) наложение внешнего фиксатора
д) сбор и оценка анамнеза;
е) инфузионная терапия;
ж) осмотр всего тела, области таза;
з) обезболивание;
и) наложение внешнего фиксатора.

04. Разрыв симфиза характеризуется

- а) симптомом Волковича
б) симптомом прилипшей пятки
в) вынужденное положение (бедра согнуты и ротированы внутрь)
г) уменьшение расстояния между вертелом и симфизом
д) болезненность по ходу запирающего канала

05. Рентгенологические признаки переломов костей таза

- а) асимметрия тазового кольца
б) линия перелома
в) нарушение целостности кортикальной пластинки
г) диастаз симфиза 1 см., и более
д) асимметрия запирающих отверстий

06. Показания к оперативным способам лечения

- а) застарелый разрыв лонного сочленения
б) перелом Дювернея
в) перелом дна вертлужной впадины
г) перелом копчика
д) перелом заднего края вертлужной впадины

07. Для лечения переломов таза применяют

- а) скелетное вытяжение
б) гипсовую повязку
в) интрамедулярный остеосинтез
г) внеочаговый остеосинтез
д) положение Волковича



08. Для перелома дна вертлужной впадины характерно

- а) асимметрия ягодичных складок
- б) относительное укорочение конечности
- в) ригидность приводящих мышц бедра
- г) невозможность отведения бедра
- д) гематома ниже пупочной складки

09. Клинические симптомы перелома тазового кольца

- а) симптом Волковича-Лоррея
- б) укорочение и нарушение ротации бедра
- в) симптом прилипшей пятки
- г) асимметрия тазового кольца
- д) симптом кашлевого толчка

10. Для лечения переломов типа Мальгенья используют

- а) положение Волковича
- б) наложение кокситной повязки
- в) фиксационный экстензионный метод
- г) остеосинтез
- д) деротационный сапожек

11. Клинические критерии сращения краевого перелома костей таза

- а) отсутствие болевого синдрома
- б) безболезненная осевая нагрузка
- в) отсутствие симптома прилипшей пятки
- г) рассасывание подкожной гематомы
- д) отсутствие отеков в месте перелома

12. К изолированным переломам костей таза относят


- а) перелом горизонтальной ветви лонной кости
- б) вертикальный перелом крестца
- в) перелом верхней ости подвздошной кости
- г) отрыв седалищного бугра
- д) перелом восходящей ветви седалищной кости

13. Симптомы перелома таза типа Мальгенья

- а) асимметрия таза
- б) + симптом на сжатие и растяжение крыльев
- в) + симптом прилипшей пятки
- г) невозможность самостоятельного передвижения

14. Для лечения переломов таза без нарушения целостности тазового кольца применяется

- а) положение в гамакаке
- б) положение Волковича
- в) шов проволокой
- г) наложение гипсовой повязки

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 83 -</p>
--	---	---	---------------

д) скелетное вытяжение

15. Для лечения переломов дна вертлужной впадины с центральным вывихом бедра

- а) одномоментная репозиция с наложением гипсовой повязки
- б) скелетное вытяжение по оси шейки бедра и по оси конечности
- в) положение в гамаке
- г) открытое вправление
- д) положение Волковича

16. Для лечения перелома таза с нарушением переднего и заднего полукольца применяются

- а) положение Волковича
- б) скелетное вытяжение разновеликими грузами
- в) положение в гамаке
- г) наложение гипсовой повязки
- д) экстренная операция – остеосинтез костных фрагментов

17. Наиболее частым симптомом при переломе костей таза является:

- а) парез кишечника
- б) частый жидкий стул
- в) притупление перкуторного звука в отлогах местах
- г) дизурические расстройства
- д) положительный симптом Щеткина

18. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьников - Селиванова

- а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости
- б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости
- в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

19. Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть увеличено.

Ответьте да или нет

- а) да
- б) нет

20. Чаще всего при переломах костей таза 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


Ответы на тестовые задания

01-в, д,е;


02- а 2, б 3; в 1;

03-в, д, ж, а, б, з, е, г, и;

04-а, б, в;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 84 -</p>
--	---	---	---------------

- 05-а ,б, в, г, д;
- 06-в, д;
- 07-а, б, г, д;
- 08-б, в, г;
- 09-а, в, г;
- 10-а, в;
- 11-а,в;
- 12-в,г;
- 13-а,б,в,г;
- 14-б;
- 15-б,г;
- 16-б,в;
- 17-а;
- 18-б;
- 19-б;
- 20-б;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 85 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 13

Тема занятия: «Черепно-мозговая травма у детей.»

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией ЧМТ у детей, научить их клиническому обследованию больных с черепно-мозговой травмой, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику ЧМТ.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,
- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,
- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),
- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,
- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,
- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:


- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
- провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.

и интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.

- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.

разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

- при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 86 -</p>
--	---	---	---------------

пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Травма черепа и головного мозга. Принципа и классификация (открытая и закрытая травма, сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга, субдуральное кровоизлияние, эпидуральная и субдуральная гематома).
2. Клиника и диагностика (рентгенография, ультразвуковая эхолокация, электроэнцефалография, спинномозговая пункция). Необходимость рентгенография при черепно-мозговой травме.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией ЧМТ у детей, научить их клиническому обследованию больных с черепно-мозговой травмой, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику ЧМТ.


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,
- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,
- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),
- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,
- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,
- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
 - провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.
- и интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.
- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 87 -</p>
--	---	---	---------------

патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.

разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

-при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Лечение: Осложнения и остаточные явления, их профилактика (краниocereбральная гипертермия и др. методы)
2. Родовая черепно-мозговая травма. Кефалогематома: Клиника, диагностика; Лечение.
3. Реабилитация детей, перенесших черепно-мозговую травму

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А.. 15 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД /go мм рт. ст., НЬ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

I. Ваш диагноз

1. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?

3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?

4. Лечение данного больного?


5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Эталоны ответов:

1. Сдавление мозга внутримозговой гематомой справа.

2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография. спинномозговая пункция, компьютерная томография.

3. Компьютерная томография.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 88 -</p>
--	---	---	---------------

4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

Задача 2.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Эталоны ответов:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.
5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

Задача 3.


В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С».

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 89 -</p>
--	---	---	---------------

Задача 4.

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, профодится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?
4. Тактика при выявлении внутричерепной гематомы?
5. Препараты для дегидратационной терапии и путь их введения?

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. В отделение реанимации.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С», вводить в/в.

Задача 5.

В приемный покой доставлен пострадавший с обширной рубленой раной головы, полученной при колке дров 50 минут назад. При осмотре: в левой теменно-височной области имеется рубленая рана с умеренным кровотечением и широким зиянием. В ране видны костные отломки. А.Д. 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 98 в 1 минуту, ритмичный, Нв – 108 г/л, эритроцитов 2,8 млн.

Вопросы:


1. Предварительный диагноз?
2. Диагностические мероприятия?
3. Нужна ли профилактика столбняка?
4. Хирургическая тактика?
5. Где должен лечиться пострадавший, какая терапия должна проводиться, препараты?

Эталоны ответов:

1. Открытая черепно-мозговая травма, рубленая рана левой теменно-височной области, открытый перелом теменной и височной костей слева, продолжающееся наружное кровотечение, постгеморрагическая анемия.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Профилактика столбняка по Безредко.
4. ПХО раны, удаление свободных костных отломков, остановка кровотечения, санация и дренирование раны.
5. В отделении нейрохирургии или нейротравмы. Гемостатическая, заместительная, антибактериальная, обезболивание и симптоматическая терапия. Эпсилонаминокапроновая кислота, коллоидные и кристаллоидные растворы, антибиотики широкого спектра действия, анальгетики.

Задача № 6

Трехлетний ребенок упал с высоты второго этажа. Отмечалась кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 90 -</p>
--	---	---	---------------


Объективно: в теменно-височной области слева имеется травматическая припухлость. Неврологический статус - без отклонений от нормы. На рентгенограммах костей черепа травматических повреждений не выявлено. При динамическом наблюдении через 10 часов после травмы состояние больного ухудшилось - появилось беспокойство, светобоязнь, головная боль. Вскоре ребенок потерял сознание, отмечались клонико-тонические судороги слева и правосторонний парез. Выявлена анизокория (левый зрачок шире правого), брадикардия. Артериальное давление 80/40 мм р.ст.

Ваш предварительный диагноз. Определите необходимый объем обследований при поступлении в стационар. Тактика лечения.

Эталон ответа: Черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома. Показано обследование: рентгенография костей свода черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, ангиография, радиоизотопное исследование, контроль показателей гемодинамики. Показано экстренное оперативное лечение – декомпрессионная трепанация черепа с удалением внутричерепной гематомы и лигированием кровотока сосуда.

К закрытым ЧМТ относят поврежд-я, при которых отсутствуют нарушения целостности мягких покровов головы, если же они есть, их расположение не совпадает с проекцией перелома костей черепа. **В/ч гематома** явл. причиной посттравматического сдавления ГМ. По локализации гематомы м.б. эпидуральные, субдуральные, внутримозговые, желудочковые, субарахноидальные. Форма течения в/ч гематом: острое (клиника в первые 3 суток от травмы), подострое (на 4-14 сутки), хроническое (от 2 недель до нескольких лет). С-м сдавления обычно сочетается с остро возникшим сотрясением, ушибом ГМ или переломом костей черепа, но проявляется через некот. п-д с момента травмы. Важнейший диагностический момент в клинике сдавления ГМ – повторная утрата сознания после «светлого промежутка» с нарастанием общемозговых и очаговых неврологических симптомов. **Эпидуральная гематома** - травматическое кровоизлияние м-у внутренней пов-стью кости и твердой мозговой об-кой, вызывающее местное и общее сдавление ГМ. Источник - разрыв средней оболочечной артерии и ее ветвей, оболочечных вен синусов, сосудов диплоэ. Клинические проявления при гематоме 30-80 мл. **Локализация:** лобно-височная (передняя), височно-теменная (средняя), височно-теменно-затылочная (задняя) области. **Клиника. Стадии:** **1.** - аккомодации. Кровь в эпидур. пр-стве вытесняет некоторое количество СМЖ из полости черепа. После восстановления сознания состояние относительн-о удовлетв-е, хотя и есть слабость, головная боль, сонливость. Этот «светлый промежуток» продолжается чаще несколько часов. **2.** - стадия венозного застоя или ранних клинических признаков. Кровотеч-е продолжается => нарастает сдавление ГМ гематомой, нарушается венозный отток => нарастает отек ГМ => дальнейшее сдавление вен, усугубление расстройств кровообращения. Нарастает беспокойство, усиление головной боли, головокружение, многократная рвота, утрачивается ясность сознания (б-й оглушен, дезориентирован). Нарастает очаговая неврологич-я симпт-ка (анизокория с сохраненной реакцией на свет, на противоположной стороне слабость лицевого нерва гемипарез), м.б судороги. Раздражение центров блуждающего нерва => брадикардия, брадипноэ. **3.** - увеличение объема гематомы, нарастание компрессии ГМ. Сопор -> кома. Четкая анизокория (зрачок расширен на стороне поражения, почти не реагирует на свет), контрлатерально гемиплегия, выражена брадикардия, рефлексы угасают, дыхание нарушается. Прогноз очень тяжелый. **4.** - процесс достигает бульбарных центров. АД падает, пульс частый, аритмичный, дыхание аритмичное, иногда Чейна-Стокса. Кома крайней степени, зрачки расширены, не реагируют на свет. Прогноз безнадежный.

Задача № 7

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 91 -</p>
--	---	---	---------------

Отец, подбрасывая своего годовалого ребенка, случайно уронил его на пол. Мальчик ударился головой, была кратковременная потеря сознания, задержка дыхания, бледность кожных покровов, однократная рвота. Вскоре ребенок уснул. В приемное отделение больницы ребенок доставлен родителями на такси. При осмотре - в теменной области справа имеется вдавление на участке 3 x 2 см. и на глубину до 0,7 см. В неврологическом статусе - патологических симптомов нет.

Ваш предварительный диагноз. Тактика обследования и лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на вдавленный перелом черепа. Показана госпитализация, рентгенография в прямой, боковой и тангенциальной проекциях, КТ и УЗИ, эхоэнцефалография, наблюдение. При отсутствии тенденции к самоисправлению в течение ближайших суток показано оперативное лечение - наложение трепанационного отверстия и устранение леватором вдавленного перелома.

У детей, особенно в возрасте 1 года, в результате высокой эластичности костей при сильном прогибании происходят вдавленные однофрагментные переломы по типу «целлулоидного мячика», не сопровождающиеся подпапневротической гематомой. Сотрясение ГМ – легкая форма закрытой ЧМТ с нарушением функций и наличием молекулярных сдвигов мозговой ткани. Клиника: нарушение сознания в момент травмы, бледность кожи, холодный пот, рвота. После восстановления сознания головная боль, головокружение, слабость, сонливость, шум в ушах, боль в глазных яблоках, отсутствие аппетита. Неврологически: сглаженность носогубной складки, непостоянный мелкокоразмашистый нистагм, лабильная асимметрия сухожильных и кожных рефлексов, исчезающая в течении 1-3 дней. Пульс чаще ускорен, tvN , но у детей до 3 лет м.б. 38-38,5. Все симптомы тем труднее выявить, чем меньше возраст ребенка.

Задача № 8

Ребенок 8 месяцев дома упал на пол с дивана. Сразу заплакал, была однократная рвота. Спал беспокойно. Ребенок был осмотрен участковым педиатром - состояние средней тяжести, вял, сонлив, негативно реагирует на осмотр. В неврологическом статусе локальных симптомов не выявлено. Отмечен горизонтальный нистагм при максимальном отведении глазных яблок. Сухожильные, брюшные рефлексы равные, но быстро истощаются. Наружной краниогематомы нет.

Ваш диагноз. План обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ: Сотрясение головного мозга. Показана экстренная госпитализация, рентгенография костей свода черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография. Необходимы местная гипотермия, дегидратация, гемостатическая, седативная терапия и наблюдение.

+ см. № 7. Лечение: госпит-ция; постельный режим (ч/з 5-7 дн. «дозированная нагрузка» - несколько приседаний); O_2 ; для восстановления равновесия м-у процессами возбуждения и торможения – микстура Павлова 3-4 р/д; вит В6, В1, С; дифенгидрамин; фенобарбитал. При гипертензионном с-ме (давление СМЖ > 180 мм H₂O) ч/з 1-2 дня повторяют люмб. пункцию и вводят гипертонич.р-ры глюкозы, NaCl, 25% MgSO₄, диуретики, седативные преп-ты. На 8-10 сут. выпис. с рекомендацией полупостельного режима на 5-7 дн. Освобождение от физ-ры на 1-2 мес. В отдаленные сроки м.б. резидуальные явления (посттравматическая церебральная астения со снижением психич. активности и быстрой истощаемостью психической деят-сти).

Задача № 9

Больной 8 лет поступил в отделение реанимации через 40 минут после автомобильной катастрофы. Состояние крайней тяжести, сознание отсутствует, кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, анизокория. Левое бедро на уровне в/3 деформировано. Множественные ссадины. В



теменной области слева определяется гематома. Из левой ушной раковины - ликворея. Мышечная гипотония. Дыхание частое поверхностное проводится с обеих сторон. Тоны сердца 140 уд. в 1 мин. приглушены. Пульс слабого наполнения. АД 60/30 мм рт.ст. Ваш предварительный диагноз, тактика врача скорой помощи. Составить план обследования ребенка в стационаре, тактика лечения.

ОТВЕТ: Сочетанная автотравма, подозрение на перелом костей основания черепа, ушиб головного мозга, внутричерепную гематому, закрытый перелом левой бедренной кости. Необходимо начать противошоковые мероприятия, провести профилактику аспирации, наложить транспортную шину на поврежденную конечность. Экстренная госпитализация в ближайшее реанимационное отделение. Показаны рентгенография костей черепа и бедренной кости, компьютерная томография черепа, радиоизотопное исследование, по показаниям – ангиография. Лечение: дегидратация, антибактериальная, седативная терапия, местная гипотермия, наложение скелетного вытяжения.

Перелом костей основания черепа. Кровотечение и ликворея из слух. ходов свидетельствуют о переломе костей ср. черепной ямки с переходом плоскости перелома на пирамиду височной кости. Лечение: консервативное, зависит от тяжести повреждения ГМ; т.к. есть входные ворота проникн. инфекции => сразу а/б терапия. Повторные люмбальные диагн. пункции позв. следить за санацией ЦСЖ и эффективностью дегидратац. терапии. В/ч гематома. См. №5. симптомы 3 ст. Ушиб мозга обычно сопровождается сотрясением, поэтому клиника складывается из картины сотрясения (см №7) и очаговых неврологич. явлений (парезов, параличей, расстройств чувствит-сти и др.). Лечение: + костно-пластическая трепанация черепа с удалением содержимого гематомы и перевязкой кровотоц. сосуда. Переломы бедренной кости лечат вытяжением. Гипсовые повязки и шины не обеспечивают прав. положение отломков. У детей старше 3 лет – скелетное вытяжение на шине Белера; вытяж-е осущ-ют при пом. груза за бедро (3-6 кг) и голень (1-2 кг).

Задача №10

В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С».



Тестовые задания:

1. Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается

- а) наличием "светлого промежутка"
- б) отсутствием очаговой симптоматики
- в) наличием повышенного АД
- г) нарушением сна

2. Характерный признак сдавления головного мозга

- а) однократная рвота
- б) менингеальные симптомы
- в) "светлый промежуток"
- г) кратковременная потеря сознания сразу после травмы

3. Типичное проявление перелома основания черепа

- а) кровотечение и ликворрея из носа и ушей
- б) отек век
- в) подкожная эмфизема
- г) двоение в глазах

4. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении

- а) наркотиков
- б) противорвотных препаратов
- в) пузыря со льдом на голову
- г) кордиамина

5. При ушибе головного мозга сознание чаще всего

- а) утрачивается после "светлого промежутка"
- б) утрачивается на несколько секунд или минут
- в) ясное
- г) утрачивается на длительное время

6. Метод лечения субдуральной гематомы

- а) введение наркотиков
- б) назначить чреззондовое питание
- в) переливание крови
- г) трепанация черепа

7. Результат спинномозговой пункции при внутримозговой гематоме

- а) нет изменений
- б) примесь гноя
- в) повышение давления ликвора
- г) хлопья

8. Для профилактики и борьбы с отеком мозга применяют


- а) оксигенотерапию
- б) физиотерпию
- в) дегидратационную терапию
- г) баротерапию

9. "Симптом очков" наблюдается при

- а) сотрясении головного мозга
- б) ушибе головного мозга
- в) переломе основания черепа
- г) сдавлении головного мозга

10. При носовом кровотечении вследствие перелома основания черепа необходимо

- а) выполнить переднюю тампонаду
- б) выполнить заднюю тампонаду

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 94 -</p>
--	---	---	---------------

в) выполнить переднюю и заднюю тампонаду

г) наложить пращевидную повязку

11. Истечение ликвора из наружного слухового прохода у больного с черепно-мозговой травмой является симптомом

а) ушиба головного мозга

б) сотрясения головного мозга

в) перелома свода черепа

г) перелома основания черепа


12. Основным симптомом ушиба головного мозга

а) головная боль

б) головокружение

в) повышение температуры

г) появление очаговой симптоматики

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 95 -</p>
--	---	---	---------------

Занятие № 14

Тема занятия: «Травматические повреждения органов брюшной полости у детей».

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: ознакомить студентов с возрастными анатомо-физиологическими особенностями строения костей скелета у детей и современными методами обследования больных с травматическими повреждениями, заболеваниями опорно-двигательного аппарат.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

- 1) классификацию закрытых повреждений живота;
- 2) механизмы и патогенез повреждений брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- 3) клиническую картину закрытых травм живота;
- 4) специальные методы исследования больных с закрытой травмой живота;

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- 1) провести клинический осмотр больного с травмой;
- 2) произвести оценку тяжести травмы и риска развития осложнений;
- 3) провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями;
- 4) определить показания к экстренному хирургическому лечению.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Этиопатогенез. Клиника. Неотложная помощь.
2. Принципы лечения и реабилитации. Определение, классификация заболеваний, которые сопровождаются повреждениями паренхиматозных органов.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: ознакомить студентов с возрастными анатомо-физиологическими особенностями строения костей скелета у детей и современными методами обследования больных с травматическими повреждениями, заболеваниями опорно-двигательного аппарат.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:


- 1) дифференциальную диагностику повреждений полых, паренхиматозных органов и забрюшинного пространства;
- 2) особенности клинического течения двухмоментных разрывов паренхиматозных органов;
- 3) современные способы лечения травмы живота, их преимущества и недостатки;
- 4) основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с травмой живота.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- 1) провести клинический осмотр больного с травмой;
- 2) произвести оценку тяжести травмы и риска развития осложнений;
- 3) провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями;
- 4) определить показания к экстренному хирургическому лечению.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Оценка тяжести патологического процесса. Наличие и классификация осложнений. 4. Методы дополнительного обследования и определение их необходимости. Постановка предварительного диагноза.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 96 -</p>
--	---	---	---------------

2. Принципы оперативного и консервативного лечения Структура детского хирургического кабинета.

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) - 1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Задачи.

Задача 1 Пациентка С., 9 лет, поступила в больницу скорой помощи через 40 мин с момента травмы (упала с 4-го этажа). При поступлении состояние тяжелое, без сознания, кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, АД — 80/30 мм рт. ст., ЧСС — 120 уд./мин. При пальпации живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? Что можно по ним заподозрить? Какова тактика в зависимости от диагностических находок?


Ответ.

Необходимо выполнить лапароцентез. При наличии крови или кишечного содержимого диагноз — закрытая травма живота с повреждением внутренних органов. В этом случае необходима экстренная лапаротомия. При отсутствии патологического содержимого рекомендованы динамическое наблюдение и коррекция сопутствующих травматических повреждений

Задача 2. Пациентка П., 18 лет, поступила через 24 ч после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом «ушиб грудной клетки слева». УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течение суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение дыхания в горизонтальном положении.

Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД — 90/50 мм рт. ст., ЧСС — 100 уд./мин, Нв — 78 г/л, Нт — 26 %. Живот напряженный, болезненный в левых отделах, симптом Щеткина–Блюмберга слабopоложительный. Поставьте диагноз. Какие ошибки допущены на догоспитальном этапе? Предложите лечебные мероприятия.

Диагноз: закрытая травма живота; двухмоментный разрыв селезенки; внутрибрюшное кровотечение. Больная не была показана

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 97 -</p>
--	---	---	---------------

хирургу, не выполнялось УЗИ органов брюшной полости. Показаны экстренная лапаротомия и спленэктомия.

Тестовый контроль

01. Ранение печени в первые 2 часа сопровождается:

- а) общая слабость
- б) головокружение
- в) симптом Щеткина-Блюмберга
- г) желтушность кожных покровов правильно: а, б, в.

02. При подкапсульных разрывах печени спустя 3-5 дней появляется:

- а) желтушность склер
 - б) субфебрильная температура
 - в) увеличение селезенки
 - г) увеличение печени
- правильно: а, б, в, г,

03. Разрыв селезенки в первые 2 часа после травмы сопровождается:

- а) симптом «Ваньки-встаньки»
 - б) иррадиация болей в левое плечо
 - в) желтушностью кожных покровов
 - г) повышение температуры тела.
- правильно: а, б.

04. При установленном диагнозе внутрибрюшного кровотечения, ясном сознание противопоказание к срочной операции является:

- а) а/д ниже 40мм.рт.ст.
 - б) отсутствие раны на поверхности тела
 - в) несогласие больного
 - г) пульс более 140 в мин.
- правильно: в.

05. При ранениях печени спустя 2-3 часа повышается:


- а) трансаминазы
 - б) мочевины
 - в) креатинин
 - г) билирубин
- правильно: а

06. Повреждение почек сопровождаются:

- а) боли в поясничной области
 - б) гематурией
 - в) запах ацетона изо рта
 - г) неукротимой рвотой.
- Правильно: а, б.

07. Вздутие живота при закрытой травме брюшной полости обусловлены:

- а) забрюшинной гематомой
- б) повреждением полого органа

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 98 -</p>
--	---	---	---------------

в) перитонитом
г) касательным ранением стенки полого органа.
правильно: а, б, в

08.Причины возникновения перфорации полого органа в раннем послеоперационном периоде у больных с абдоминальной травмой является:
а) подслизистые гематомы стенки кишки
б) ранее кормление больных
в) касательное ранение стенки полого органа.
г) повышением температуры тела
правильно: а, в.

09.Для забрюшинного разрыва 12-п.к. в первые часы после травмы характерно: а) выраженные боли в области эпигастрия
б) синдром интоксикации
в) снижение уровня зубца Т на ЭКГ.
г) сочетание всех признаков
Правильно: а, б..

09.Основным рентгенологическим признаком повреждения полого органа является:
а)/дефект наполнения
б) деформация контуров мочевого пузыря.
в) свободный газ под куполом диафрагмы.
г) клюв «Пингвина».
Правильно: в.


10.Выполнение лапароцентеза противопоказано при:
а) резком вздутие живота.
б) множественных послеоперационных рубцах
в) без согласия больного
г) отсутствие аппарата УЗИ
правильно: а, б, в.

11.При подозрении у больного на разрыв диафрагмы являются абсолютно противопоказанными методы исследования:
а) компьютерная томография
б) лапароцентез
в) лапароскопия
г) ультразвуковое исследование.
правильно: в.

12.При явных признаках проникающего ранения живота операцию сразу начинают: а) с лапароскопии б) с пункции заднего свода в) со срединной лапаротомии г) с переливания крови правильно: в.

Правильные ответы.

57 1.а, б, в. 2.а, б, в, г. 3.а, б. 4.в. 5.а. 6.а, б. 7.а, б, в. 8.а, б. 9.в. 10.а, б, в. 11.в. 12.в

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 99 -</p>
--	---	---	---------------

Итоговый контроль

1. Какие виды повреждения паренхиматозных органов по механизму существуют?

- А. Открытые, закрытые.
- Б. Сочетанные.
- В. Множественные.
- Г. Одномоментные, двухмоментные.*

2. Для какого заболевания более всего характерен с-м Ваньки-Встаньки:

- А. разрыв желудка.
- Б. Острый панкреатит.
- В. Острый аппендицит.
- Г. Повреждение селезенки*.
- Д. Повреждения почек.

3. Для повреждения каких органов характерна на рентгеноскопии наличие свободного газа в брюшной полости:

- А. Повреждения паренхиматозных органов.
- Б. Повреждение полых органов*
- В. Острая кишечная непроходимость.
- Г. Острый аппендицит.

4. Наиболее достоверный метод обследования при травме паренхиматозных органов:

- А. Общий анализ крови и мочи.
- Б. измерить А/Д и пульс.
- В. УЗИ.*
- Г. Рентгенологическое обследование.
- Д. ЭГДФС

5. Ваша тактика при выявлении у больного субкапсулярной травмы селезенки:


- А. Больной должен лечиться в терапевтическом отделении.
- Б. Больной госпитализируется в хирургическое отделение для наблюдения в динамике.
- В. Больной госпитализируется в хирургическое отделение для экстренной операции.*
- Г. Больной лечится амбулаторно.

6. При какой патологии определяется Симптом Кулен- Камфа:

- А. Повреждения Полых органов.
- Б. Острый аппендицит.
- В. НЯК.
- Г. Апоплексия яичника*.
- Д. Болезнь Крона.

7. При повреждении какого органа брюшной полости проводится проба Зельдовича.

- А. Повреждение селезенки.
- Б. Повреждение Почек.
- В. Повреждение мочевого пузыря*.
- Г. При повреждении придатков матки.
- Д. Повреждении кишечника.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 100 -</p>
--	---	---	----------------

8. Абсолютный показатель для экстренной операции при ранении живота.


- А. Падение А/Д
- Б. Сильная боль в животе.
- В. Наличие колото-резаной раны на передней брюшной стенке.
- Г. Эвентрация пряди сальника из раневого канала.*
- Д. Данные рентгенологического исследования.

9. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ.

- А. "Френикус"- симптом
- Б. Сильные опоясывающие боли
- В. Положительный симптом Ваньки-Встаньки.*
- Г. Лейкоцитоз
- Д. Лейкопения

10. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Ангиографию
- Б. РХПГ
- В. УЗИ*
- Г. Измерение артериального давления
- Д. Эзофагогастродуоденоскопию
- Е. Обзорная рентгеноскопия или рентгенография брюшной полости

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 101 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 15

Тема занятия: «Ожоги и отморожения у детей»

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией ожогов и отморожений, научить их клиническому обследованию больных с термической и холодовой травмой, сформировать у студентов умение проводить клиническую диагностику ожогов и отморожений

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- классификацию ожогов;
- степени ожогов;
- определение площади ожогов;
- ожоговую болезнь;
- степени отморожений;
- клинику электротравм.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- выявить степень ожога и площадь поражения;
- оказать первую помощь при ожогах;
- оказать первую помощь при отморожениях;
- оказать первую помощь при электротравме.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Причины классификация термических ожогов у детей; Фазы ожоговой болезни (ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалесценция); Определение степени ожога и площади обожженной поверхности (таблицы Ланда и Броудера, метод «девятка», схема Постникова)

2. Лечение ожогов: помощь; принципы лечения ожоговой болезни в зависимости от ее фазы; местное лечение (открытый и закрытый способы, коагуляционный метод Никольского-Бетмана, ауто- и аллодермопластика)

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией ожогов и отморожений, научить их клиническому обследованию больных с термической и холодовой травмой, сформировать у студентов умение проводить клиническую диагностику ожогов и отморожений


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- классификацию ожогов;
- степени ожогов;
- определение площади ожогов;
- ожоговую болезнь;
- степени отморожений;
- клинику электротравм.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- выявить степень ожога и площадь поражения;
- оказать первую помощь при ожогах;
- оказать первую помощь при отморожениях;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 102 -</p>
--	---	---	----------------

- оказать первую помощь при электротравме.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Профилактика рубцовых контрактур.
2. Отморожения (клиника, первая помощь и лечение).
3. Реабилитация детей с ожогами и отморожениями.

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи:


Задача №1

Мальчик 10 лет в течение нескольких часов находился на сильном морозе за городом. Замерзающего ребенка обнаружили лыжники, которые доставили его в ближайшую районную больницу. Диагностировано глубокое отморожение обеих кистей и пальцев стоп.

Тактика лечения на догоспитальном и госпитальном этапе (общее и местное лечение).

ОТВЕТ: Наложение термоизолирующих повязок, противошоковая терапия подогретыми растворами, оксигенотерапия, сердечные препараты. Реб-ка следует направить в хирургический стационар.

Степени местного отморожения: I ст. - растр-во кровообращ-я кожи без необратимых повреждений (без некроза); II ст.- сопровожд-тся некрозом пов-стных слоев кожи до росткового слоя; III ст. – сопровожд-тся тотальным некрозом кожи и подлежащих слоев; IV ст. – некроз всех тканей, включая кости. Степень опред-ют ч/з некоторое время после поврежд-я: пузыри могут появляться на 2-5 день. В основе поврежд-я клеточных эл-тов лежит не д-е самого холода, а повышение Т в пов-стных слоях переохл-нных тканей (при согревании теплом извне) до ур-ня восстановления обменных процессов. Длит-но сохраняющ-ся низкая Т в глублежащих тканях, спазм сосудов и обескровливание не спос-ют поддержанию метаб-зма вышележащих слоев => при согревании извне пов-стные слои, восстановив свою ж/деят-сть погибают от гипоксии. Лечение: термоизолирующая повязка (1 слой – марлево-ватный, 2 - клеенка, 3 - шерстяная ткань) => тепло приходит с током крови, восстановление обменных процессов от внутренних слоев к периферии. Для улучшения кровообращ-я: сосудорасшир-е ср-ва; + подогретые р-ры (38-39) 5% декстразы, Рингера до полного восстановления чувств-сти (ощущение жара в пальцах). После снятия термоизолирующей повязки наклад-ют бальзамичес-ю повязку с мазью Вишневского. При отморожении 2ст. пузыри удаляют и наклад-ют асептич-ю повязку, кот. заменяют новой ч/з 4-6 дн. + ФЗТ (кварцевая лампа, УВЧ). При более глубоком поврежд-и после удаления пузырей и опред-я границ некроза в целях б-бы с влажной гангреной иногда делают насечки на некротич-ких уч-ках для ускорения отторжения. С этой же целью прим-ют открытое ведение раны и ФЗТ. При 4ст. – некрэктомия; + следить за общим состоянием, правильное питание, б-ба с интоксикацией и присоединившейся

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 103 -</p>
--	---	---	----------------

инфекцией раны (введение жидкостей, гемотрансфузия, а/б терапия, витамины, гормоны, ФЗТ).

Задача № 2

Девочка 2 лет потянула скатерть со стола и опрокинула на себя чайник с кипятком. Получила ожог лица, передней поверхности шеи и груди, а также обеих кистей рук.

Ваши мероприятия на догоспитальном этапе. Методы определения степени ожоговой травмы, площади поражения. Противошоковые мероприятия на догоспитальном этапе.

ОТВЕТ: Ожог лица, груди, кистей рук кипятком. На догоспитальном этапе первая помощь заключается в охлаждении обожженной поверхности, проведении противошоковых мероприятий: обезболивание, инфузионная терапия. Местно следует наложить асептическую повязку. Площадь ожога оценивают методом «девятки». Показана госпитализация.

Определение площади поражения по правилу «девятки» по Уоллесу (голова- 9%, спина - 18%, грудь и живот -18%, рука-9%, нога- 18%, пол.орг.- 1%). Тяжесть ожога зависит от площ. обожж. пов-сти, степени ожога и возраста б-го. Чем < возраст реб-ка и > пов-сть ожога, тем тяжелее течение. При свежем ожоге не всегда можно прав-но оценить степень поврежд-я тканей, уч-ки, кажущегося неглубокого пораж-я в дальнейшем могут оказаться местами некроза. Степени ожога: I- разлитая гиперемия, отечность, выраженная бол-сть кожи. II- буллезный – образ-е пузырей с прозрачной ж-стью в толще эпидерм. слоя. III- коагуляция и некроз сосочкового слоя или более глубоких слоев кожи. IIIa – эпителиальный слой + верхушки герминативного. IIIб – весь эпителиальный слой и дерма; гибель росткового слоя => нет самостоят-ной эпителизации. IV- обугливание тканей, поражение фасций, м-ц, сухожилий, костей. Показания к проведению п/шоковых мероприятий у детей: признаки шока при любой лок-ции и площади ожога; площадь ожога более 10% пов-сти тела, а у детей до 3 лет – более 5%; небольшая площадь ожога + ожог ВДП и неблагоприятный преморбидный фон. П/шоковые мероприятия при транспортировке: наркоз (O₂ +N₂O), в/в декстраны (молек. масса 30000-40000 или 50000 – 70000) 10-15 мл/кг; 1% тримеперидин 0,1 мл/кг не > 1мл.; дроперидол 3 мг\кг/сут в 4 приема; 25% р-р метамизола натрия 0,2 мл/кг; хлоропирамин 2-3 мл/кг. Способы местного лечения ожгов: 1. лечение под повязкой: ПХО под наркозом, пузыри подрезают и эвакуируют содержимое, наклад. повязки с солкосерилом, мазью Вишневского, р-ром этакридина + а/б. Перевязки при пов-стных ожогах каждые 5-6 дней или по мере пропитывания. 2. открытый способ по Поволоцкому (у детей редко) – заживление медленное, пов-сть пов-сть покрывается корками. 3. коагулирующий метод (по Никольскому-Бетману) – для обработки лица, шеи, промежности; в осн. Iст.; б-го помещают под каркас с лампочками при Т 24-24 С.

Задача №3

В результате пожара воспламенилась одежда на ребёнке. Пламя затушили. При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

Задания

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подсчёта пульса и измерения артериального давления.

Эталон ответа

1. Диагноз: термический ожог лица II-III степени, ожоговый шок.



2. Алгоритм оказания неотложной помощи

- а) ввести обезболивающие средства;
- б) наложить асептическую повязку, уложить;
- в) согреть ребенка, напоить горячим чаем;
- г) срочно госпитализировать в хирургический стационар.

3. Студент демонстрирует технику подсчета пульса и измерения артериального давления

(на статисте).

Задача №4

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Стонет. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистых щек следы ожогов. Состояние тяжелое, бледная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст.

Диагноз: Химический ожог губ, слизистых рта, пищевода щелочью.

Алгоритм действий

- а) Купировать болевой синдром (баралгин, максиган, спазган, трамал и т.д.) в сочетании с М-холинолитиками (атропин, платифилин), т.к. к первичному болевому раздражению рецепторов химическим веществом присоединяется рефлекторный спазм гладкой мускулатуры пищевода, кроме того атропин уменьшит слюнотечение.
- б) Промыть поврежденные поверхности растворами антидотов (1-2% лимонной или уксусной кислоты). Сначала омывают кожу вокруг рта, губы, затем слизистые щек (с помощью резиновой груши), затем обильно промывают пищевод и желудок с помощью назогастрального зонда.
- в) Повторно оценить показатели гемодинамики с целью ранней диагностики ожогового шока.
- г) По показаниям ввести сердечно-сосудистые средства, транквилизаторы, антигистаминные и седативные препараты.
- е) Уложить пациентку, тепло укрыть и наблюдать за состоянием до прибытия скорой помощи.
- ж) Транспортировать на носилках в отделение реанимации.

Задача № 5

В течение 3-ех недель проводилось лечение ожога небольшой площади, но рана не закрылась. Фельдшер направил больного в стационар. Определить степень ожога.

Правильная ли тактика фельдшера?

Правильный ответ

У больного ожог III Б ст. степени. Необходима аутотрансплантация кожи в условиях ожогового отделения.

Задача № 6

Пострадавшего обнаружили лежащим на проводах электрического тока без сознания, со слабыми признаками жизни. Что случилось с пострадавшим? Тактика?


Правильный ответ

Электротравма. Освободить пострадавшего от источника тока и немедленно начать реанимационные мероприятия: ИВЛ – «рот в рот» и закрытый массаж сердца.

По показаниям ввести сердечно-сосудистые средства, транквилизаторы, антигистаминные и седативные препараты

Транспортировать на носилках в отделение реанимации.

Задача № 7

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 105 -</p>
--	---	---	----------------

Больной лечиться с глубокими ожогами площадью 15 % в течение 4-ех недель, включая аутодермопластику. Последние три дня состояние ухудшилось. Снижился аппетит, держится температура на цифрах 38-40°, теряет вес. В анализе крови ухудшение показателей –снижение гемоглобина, числа эритроцитов, ускорение СОЕ до 40 мм/час, в моче белок.

Что с больным? Определите период ожоговой болезни? Дальнейшая тактика.

Правильный ответ

Период септикотоксемии, усилить интенсивную инфузионную терапию, антибактериальную, симптоматическую терапию. Продолжать аутопластику.

Задача № 8

Во время пожара на пострадавшем загорелась одежда. Обнаружено, что пострадавший заторможен, адинамичен, плохо ориентируется в окружающей обстановке, пульс слабого наполнения, 130 уд. в 1 мин., АД – 80/0 мм рт. ст., поверхность всей спины темно-бурого цвета. Определить степень и площадь ожога, оценить состояние больного и оказать доврачебную помощь.

Правильный ответ

Термический ожог 3-4 ст. туловища, площадью 18%. Шок III ст.

Ввести наркотики в/в, начать инфузионную противошоковую терапию, наложить асептическую повязку, транспортировать в положении лежа в реанимацию.

Задача №9

Больной В. 13 лет доставлен соседом на легковой машине в больницу после ожога пламенем через 40 минут после ожоговой травмы. Из анамнеза известно, что при ремонтных работах в гараже воспламенился бензин.

При поступлении состояние больного тяжелое. На туловище обрывки обгоревшей одежды. Жалобы на боли, холод, жажду. Кожные покровы лица бледные. PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт ст. Больной заторможен, дрожит, была однократная рвота, дыхание не ровное. В легких хрипов нет. Язык сухой. Живот несколько вздут. Мочи по уретральному катетеру 100 мл.


После удаления одежды (предварительно сделав определенную инъекцию) обнаружено, что на всей передней поверхности туловища, верхних конечностях имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимом. Часть пузырей лопнула. При этом определяются поверхностные ожоговые раны на различных участках поражения. Дно их сухое, тусклое, крапчатое или красно-черного цвета, боли при касании отсутствуют. На обеих кистях имеются струпы темно-коричневого и черного цвета

Вопросы:

1. Определите площадь и глубину поражения.
2. Назовите полный диагноз и период заболевания
3. Какую необходимо было оказать первую помощь на догоспитальном этапе?
4. С чего начинается лечение данного больного, показана ли экстренная профилактика столбняка?
5. Принцип инфузионной терапии у данного больного, конкретные препараты, их соотношение, и с какой целью они вводятся?

Эталоны ответов:

1. Площадь поражения 36 % всей поверхности тела, глубина поражения III б – IV степени
2. Ожог пламенем III б – IV степени передней поверхности туловища и верхних конечностей 36% поверхности тела. Ожоговая болезнь, период ожогового шока, тяжелой степени
3. Анальгетики, асептическая повязка, иммобилизация конечности, горячее питье

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 106 -</p>
--	---	---	----------------

4. Адекватное обезболивание. Экстренная профилактика столбняка не показана в период ожогового шока

5. Инфузионная терапия должна быть направлена на борьбу с гиповолемией, возмещение ОЦК и удержание жидкости в сосудистом русле, лечение нарушений вводно-электролитного обмена, борьбу с ацидозом, коррекцию выделительной функции почек и нарушений энергетического баланса. Соотношение коллоидов и кристаллоидов 1:2, причем в первые 8 часов после шока переливают 2/3 суточного объема жидкости.

Задача №10

Больная С. 44 лет на производстве получила ожог щелочью обеих кистей. Через 40 минут доставлена в больницу.

Состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в обеих кистях. PS 98 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. T-36,6 °C. Лейкоциты – 9×10^9 /л. Локально на ладонных поверхностях, на пальцах и тыле кистей рыхлый грязно-серого цвета струп.

Вопросы:

1. Какой некроз тканей наступает при ожоге щелочью или кислотой?
2. От чего зависит глубина поражения тканей?
3. Определите площадь поражения.
4. Первая помощь при ожоге щелочью
5. Местное лечение ожоговых поверхностей

Эталоны ответов:


1. При ожоге щелочью образуется колликвационный некроз, при ожоге кислотой – коагуляционный некроз.
2. Глубина поражения зависит от концентрации реагента и длительности их соприкосновения с тканями.
3. Площадь поражения составляет 4% от общей поверхности тела (правило «ладони»)
4. Для уменьшения концентрации и сроков удаления химического вещества с кожи необходимо было промывать обе кисти струей воды в течение 5-10 минут, затем обработать поверхность кожи нейтрализующими растворами. В данном случае 1-2% раствором уксусной, борной или лимонной кислоты. Наложить асептическую повязку и дать анальгетики.
5. В больнице местно необходимо наложить повязки с мазью на гидрофильной основе, в последующем некрэктомию с аутодермопластикой.

Тестовые задания:

1. Отличительный признак ожога II степени:
 - а) гиперемия
 - б) боль
 - + в) наличие пузырей
 - г) отек тканей
2. К глубоким термическим ожогам относят ожоги степени тяжести:
 - а) II
 - + б) III Б
 - в) III А
 - г) I
3. Характерный признак отморожения II степени:
 - а) некроз всей толщи кожи
 - б) обратимая сосудистая реакция
 - в) мраморность кожи



- + г) образование пузырей
4. Причина ожогового шока:
- а) нарушение дыхания
 - б) интоксикация
 - + в) болевой фактор
 - г) психическая травма
5. При электротравме а первую очередь необходимо:
- а) ввести спазмолитики
 - б) наложить асептическую повязку
 - + в) прекратить воздействие тока на пострадавшего
 - г) ввести эфиллин
6. Достоверным признаком ожогового шока является:
- + а) падение артериального давления
 - б) потеря сознания
 - в) кровотечение
 - г) бледность кожных покровов
7. Что характерно для торпидной фазы ожогового шока:
- + а) апатия
 - б) возбуждение
 - в) судороги
 - г) повышение АД
8. Характерный признак ожога крепкими кислотами:
- а) образование пузырей
 - б) гиперемия кожи
 - в) колликовационный некроз
 - + г) коагуляционный некроз
9. Площадь ожога нижней конечности:
- а) 7%
 - б) 9%
 - в) 27%
 - + г) 18%
10. Площадь ожога головы, шеи:
- + а) 9%
 - б) 10%
 - в) 12%
 - г) 11%
11. Какой препарат нужно ввести, если возникли судороги при электротравме:
- а) эуфиллин
 - + б) седуксен
 - в) кордиамин
 - г) анальгин
12. Какое среднее систолическое давление наблюдается при шоке II ст.:
- а) 105мм рт. ст.
 - б) 100мм рт. ст.
 - + в) 85мм рт. ст.
 - г) 75мм рт. ст.
- 13. Что характерно для ожогов полученных в помещениях?**
- а) большая площадь

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 108 -</p>
--	---	---	----------------

+ б) отравление угарным газом

+ в) ожог дыхательных путей

г) судороги

14. Назовите признаки отморожения IV степени:

а) некроз кожи и подкожной клетчатки

б) побеление кожи

в) некроз всей толщи кожи

+ г) некроз глубжележащих тканей

15. Характерный признак термического ожога IIIA степени:

а) обугливание тканей

+ б) некроз до сосочкового слоя

в) некроз всей толщи кожи

г) обратимая сосудистая реакция

16. Характерный признак термического ожога IIIB степени:

а) обугливание тканей

б) некроз до сосочкового слоя

+ в) некроз всей толщи кожи

г) обратимая сосудистая реакция


17. Доврачебная помощь при отморожении кистей и стоп:

а) удаление пузырей

+ б) наложение термоизолирующей повязки

в) растирание снегом

г) футлярная новокаиновая блокада

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 109 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 16

Тема занятия: «Врожденный вывих бедра. Классификация. Сроки и принципы консервативного и оперативного лечения. Врожденная косолапость и кривошея.

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией врожденного вывиха бедра, косолапости и кривошеи, научить их клиническому обследованию больных с ортопедическими заболеваниями, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику врожденного вывиха бедра, косолапостью и кривошеей.


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,204.

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,
- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,
- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),
- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,
- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,
- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
- провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.
- интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.
- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 110 -</p>
--	---	---	----------------

- разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

- при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Методика обследования ортопедического больного. Особенности развития опорно – двигательного аппарата ребенка. Основные этапы исследования ортопедического больного. Оценка физического развития ребенка. Причины, частота, значение положения ребенка на животе для профилактики.

2. Клинические проявления и диагностика. Схема Хильгенрайнера и других авторов. Лечение: Косервативное (шины распорки, шина Виленского, ЦИТО, стремя Павлика, подушка Фрейка, облегченные гипсовые повязки). Закрытое вправление по Лоренцу. Показания. Причины не вправимости. Сроки консервативного лечения;

Открытое вправление. Внутрисуставная форма вправления; Тактика хирурга-ортопеда при двустороннем врожденном вывихе бедра;

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией врожденного вывиха бедра, косолапости и кривошеи, научить их клиническому обследованию больных с ортопедическими заболеваниями, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику врожденного вывиха бедра, косолапостью и кривошеей.

4.Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,204.

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.

- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,

- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,

- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),

- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,


- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,

- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.

- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6.После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 111 -</p>
--	---	---	----------------

-провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.

-интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.

- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.

- разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

- при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Реабилитация детей с врожденным вывихом бедра. Врожденная мышечная кривошея: Клиника, дифференциальная диагностика; Лечение (сроки консервативного лечения, операции Гагенорна – Микулича) Врожденные костные формы кривошеи (синостоз шейных позвонков – болезнь Клипель-Фейля, клиновидные добавочные позвонки, шейные ребра, крыловидная шея, болезнь Гризеля).

2. Врожденная косолапость: Формы и клинические проявления; Лечение (консервативное – сроки применения мягкого бинта, этапных гипсовых повязок, полиэтиленовых шин. Операция Заценина, Штурма): Диспансерное наблюдение.

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.


3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи:

Задача № 1

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 112 -</p>
--	---	---	----------------

В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружен симптом «щелчка» при отведении правого бедра, ограничение разведения бедер. К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось три недели.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения ребенка.

ОТВЕТ: Подозрение на врожденный вывих головки бедренной кости справа. Показаны: УЗИ, рентгенография тазобедренных суставов. Консервативное лечение в отводящей шине–распорке.

Врожденный вывих бедра– тяжелая степень дисплазии ТБС (дисплазия – нарушение развития костно-хрящ. основы, связочно-капсульного и мышечного аппаратов сустава). *Этиология и патогенез:*- возд-е повреждающих ф-ров в эмбр. и раннем фетальном п-дах (токсич-е возд-я, биологич-е агенты, ионизир-е излучение, горм-ная нед-сть беременной, токсикоз); - уплощение и неправ-я форма вертлужной впадины с изменением хрящевых стр-р, замедленном процессе окостенения и малых размерах головки бедра, повороте прокс-го отдела бедра кпереди (антеторсия), чрезмерной растяжимости связочно-капсульного аппарата и изменение м-ц, окружающих сустав. Наиболее ранний клинич. признак у н/р –с-том соскальзывания («щелчка») головки бедра. Для его выявления реб-к лежит на спине с согнутыми ногами в ТБС и коленном суставе до угла 90. При осторожном отведении с одновр. тракцией по оси бедра в дистальном направлении и легком надавливании на б.вертел, головка бедра с щелчком вправляется в вертлужную впадину, при рпиведении головка вывихивается с тем же звуком. Этот с-том – признак неустойчивости ТБС, характерен для н/р и часто исчезает к 7-10 дню, к моменту повышения мыш-го тонуса, крайне редко сохраняется до 1-2 мес.С-том ограничения отведения бедер: у реб-ка в положении на спине без усилия разводят в стороны ноги, согнутые под углом 90. ВNотводятся до гориз-ной плоскости.Асимметрия кожных складок бедра:опред-ют в положении реб-ка на спине, ножки полностью разогнуты и приведены. ВNпо передневнутренней пов-сти бедер выражены 3 складки (паховая, аддукторная, надколенная), они симметричны и постоянны. При одностороннем вывихе – смещение складок на стороне вывхта проксимально, иногда их число увелич-тся. При полож-и на животе – на стороне пораж-я ягодичная складка располаг. выше.Укорочение конечности: при одностороннем вывихе, реб-к лежит на спине, ноги согнуты, стопы на пеленальном столе; ур-нь расположения коленного сустава ниже на пораженной стороне. Картина врожд. вывиха становится отчетливой после начала статич. нагрузки. Дети начинают ходить поздно (1,3 – 1,5 лет), походка неустойчивая; постепенно формирт-ся компенсаторный поясничный лордоз.Лечение: на шине-распорке 4-6 мес. (достижение центрации головки бедра на вертлужную впадину путем постепенного отведения и сгибания бедер, удержании в этом положении с сохранением подвижности в суставе до полного анатомич. восстановления ТБС). Если в теч. 2 мес вывих вправить не удалось, вправляют с пом. функциональной облегченной гипсовой повязки.


Задача № 2.

Вы осматриваете новорожденного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с симптомами перенесенной перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бедер ограничено.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на дисплазию тазобедренных суставов. Показано УЗИ тазобедренных суставов. Необходима консультация и лечение невропатолога, массаж, широкое пеленание, наблюдение ортопеда. При подозрении на подвывих или вывих головки бедренной кости – рентгенография тазобедренных суставов.

См №6. *подвывих головки бедренной кости*- головка бедренной кости смещается вверх и в сторону, но не выходит за пределы края вертлужной впадины, вертлужная впадина

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 113 -</p>
--	---	---	----------------

умеренно уплощена и вытянута в длину. Лечение подвывиха – от 1 мес до 1 года – отводящая шина-распорка. В теч. 3-4 нед. происх. центрация головки бедр. кости. Сроки фиксации 3-5 мес.

Задача № 3.

У ребенка 6 месяцев диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка.

Ваша тактика лечения и прогноз.

ОТВЕТ: При врожденном вывихе бедра отмечают ограничение отведения и укорочение левого бедра, асимметрию кожных складок. Рентгенологически левая бедренная кость смещена кнаружи и вверх. Показано консервативное лечение: наложение облегченной гипсовой отводящей повязки.

Рентгенол. с-томы: ацетабулярный индекс (линия Келера, ч/з центры вертлужн. впадин и касательной к крыше вертл. впадины) увеличен (Nв 6 мес = 20 – 21 градус); головка бедр. кости выше линии Келера; увеличен угол антеторсии (N4-20 градусов). Лечение: в случае позднего д-за (от 6 мес до 12 мес) – комбинир-е лечение: в теч. 1 мес. – отводящая шина-распорка для постепенного преодоления ретракции м-ц аддукторов; затем исп-е облегченной функциональной гипсовой повязки для вправления вывиха и удержание центрированной головки во впадине.

Задача № 4.

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. Походка “утиная”.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Прогноз.

ОТВЕТ: Подозрение на врожденный вывих бедра. Показаны УЗИ, рентгенография тазобедренных суставов, артрография. Оперативное лечение – открытое вправление, иммобилизация в гипсовой повязке.

См №6.+ У детей 1-2 лет не удастся добиться самопроизвольного вправления врожденного вывиха бедра на отводящих шинах. Рекомендуются одномоментное закрытое вправление под наркозом (методы Лоренца, Зацепина, Шанца, Шнейдерова), после вправления накладывают циркулярную гипсовую повязку. Срок фиксации 8-12 мес. на шине Белера или гипсовой повязкой.


Задача № 5

Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет.

Ваш диагноз и тактика лечения.

ОТВЕТ: Левосторонняя мышечная кривошея. Показаны: массаж, электрофорез с йодистым калием, правильная укладка в постели. При неэффективности консервативного лечения – операция в возрасте 1-2 лет.

Врожденная мыш-я кривошея-деф-ция из-за укорочения гр.- ключ.-сосц. м-цы, м.б. изменения трапецевидной м-цы и фасций шеи. *Причины:* неправильное вынужденное положение головы плода при одностороннем чрезмерном давлении в полости матки; укорочение гр-кл-сосц м-цы с фиброзным перерождением; в/у ишемия м-цы при давлении пуповины, обвивающ-ся вокруг шеи при родах; в/у воспаление м-цы с переходом в хр. интерстициальный миозит; разрыв м-цы при тяжелых родах с последующ. рубцеванием; порок развития м-цы. *Клиника:* начальный с-том проявляется к концу 2- началу 3 недели утолщением м-цы веретенообразной ф-мы (следствие интранатального повреждения с кровоизлиянием и отеком), МАХ увеличивается к 5-6 нед., затем постепенно уменьш. и исчезает к 4-8 мес.; остается уплотнение м-цы, снижается ее эластичность, м-ца отстаёт в

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 114 -</p>
--	---	---	----------------

росте. Преобладание наклона головы- преимущественное поражение ключичной ножки, преобладание поворота – патология грудинной ножки. Лечение: консервативное – начин. с 2 нед. возраста, т.е. с момента проявления с-томов. Корректирующая гимнастика до 5 мин. 3-4 р/д. для удержания головы в положении гиперкоррекции накладывают картонно-ватно-марлевый воротник Шанца. УВЧ терапия на обл. уплотнения, с 6-8 нед. возраста месячные курсы ФЗТ (электрофорез йодида калия, гиалуронидазы + парафиновые аппликации) с интервалом в 2-3 мес; лечение продолжают до 1,5 летнего возраста. Оперативное лечение с 2-2,5 лет; миотомия гр-кл-сосц м-цы с частичным ее иссечением и рассечением фасции шеи; пластическое удлинение м-цы.

Задача № 6

У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп – подошвенное сгибание и супинацию.

Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике.

ОТВЕТ: Врожденная косолапость. Рекомендуются массаж, бинтование с выведением в правильное положение, наложение этапных гипсовых сапожков. При неэффективности консервативного лечения – операция Зацепина в возрасте 1-2 лет.

Косолапость – стойкая приводящее-сгибательно-супинационная деформация стопы. Возникает под воздействием эндогенн. и экзогенн. патол. ф-ров (сращение амниона с пов-стью зародыша и давление амниотич. тяжей, пуповины, м-ц матки; токсикоз, вирусная инфекция, токсоплазмоз и др.) на эмбриогенез и фетальный п-д. Проявляется изменениями суст. пов-стей костей голеностопн. сустава, особ. таранной, суставн. сумки и связочного аппарата, укорочением и недоразвитием сухожилий и м-ц. *Компоненты деформации:* подошвенное сгибание стопы, супинация, приведение переднего отдела с увеличением продольного свода стопы. *Хар-ны* походка с опорой на тыльно-наружную пов-сть стопы, при одностор. деформации – хромота, при 2-сторонней – походка мелкими шажками, переваливающаяся у детей 1,5 – 2 лет, у детей старшего возраста – с перешагиванием ч/з противоположную деформированную стопу. К 7-9 годам дети жалуются на быструю утомляемость и боль при ходьбе. Лечение: с первых дней жизни – ручное исправление деформации – релаксирующая гимнастика, последуют коррекция компонентов деформации (аддукция, супинация, эквинус). Гимнастику проводят до кормления в теч. 3-5 мин., завершая массажем голени и стопы, 3-4 р/д, стопу после гимнастики удерживают в корригированном положении мягким бинтом. Этапные корригирующие гипсовые повязки, лечение проводит ортопед. Операция по Зацепину – тенотомия; после операции фиксация гипсовой повязкой на 6 мес, затем – массаж, ФЗТ, ЛФК и ношение ортопедической обуви 2-3 года.


Задача № 7

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. При осмотре походка неустойчивая, хромота. Отмечается асимметрия кожных складок, укорочение правой ножки. Ограничение отведения правого бедра.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

ОТВЕТ: Подозрение на врожденный правосторонний вывих головки бедренной кости. Показана УЗИ, рентгенография тазобедренных суставов. Лечение - оперативное. При поздней диагностике врожденного вывиха бедра прогноз не всегда благоприятный.

+ см № 6. Лечение: одномоментное закрытое вправление по методам Лоренца, Зацепина, Шанца, Шнейдерова - выполняют под наркозом. После вправления накладывают циркулярную гипсовую повязку, срок фиксации 8-12 мес. Прогноз – полное анатомическое и функциональное восстановление сустава в возрасте 1-2 года в 57,2% случаев. Оперативное вмешательство – очень травматичное мероприятие, оно не устраняет полностью анатомические и функциональные изменения.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 115 -</p>
--	---	---	----------------

Задача № 8

К врачу-ортопеду мать привела ребёнка 10 лет с жалобами на короткую шею и ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Со слов матери, короткая шея у ребёнка с рождения, а ограничение движений с возрастом прогрессирует. Периодически возникает боль в шее, отдающая в руки. При осмотре: шея короткая, волосистая часть головы непосредственно переходит на спину, голова наклонена вправо, выражена асимметрия лица. При пальпации: правая кивательная мышца укорочена, истончена, плотная на ощупь. Движения в шейном отделе позвоночника резко ограничены, а наклоны в стороны болезненны.

Какое дополнительное исследование необходимо сделать для правильной диагностики? Назначьте лечение соответственно заболеванию. Диагноз «Врождённая костная кривошея» (болезнь Клиппеля–Фейля). Дополнительно необходимо сделать рентгеновские снимки шейного отдела позвоночника. Лечение: ЛФК, при болях — разгрузка позвоночника воротником Шанца, тепло, массаж шеи, воротниковой зоны. При выраженных болях применяют вытяжение петлёй Глиссона в стационарных условиях.

Задача №9

У ребёнка 4 лет голова наклонена вправо и удерживается в этом положении укороченной грудино-ключично-сосцевидной мышцей. Череп и лицо асимметричны. Правое надплечье выше левого. Сгибательно-разгибательные движения в шейном отделе позвоночника возможны в полном объёме, ограничен наклон головы влево. Боли нет.

Поставьте диагноз и назначьте лечение. Диагноз «Врождённая мышечная кривошея». Учитывая возраст ребёнка, лечение оперативное — удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.

Задача № 10

Мальчик в возрасте 7 дней вес при рождении 3500г. Из анамнеза: ребенок родился в срок в ягодичном предлежании, выписан из родильного дома в удовлетворительном состоянии. При осмотре врачом педиатром при пальпации обнаружено опухолевидное образование 0,5 x 0,7см справа по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы, безболезненное, находящееся в толще мышцы, на границе н/3 и с/3, не спаеное с прилежащими тканями. Ваш диагноз?

Основной метод лечения?

Врожденная правосторонняя мышечная кривошея. Показана консервативная терапия, воротничок Шанца, ЛФК, массаж, физиолечение.


Тестовые задания:

1. АХОНДРОПЛАЗИЯ - ЭТО

1. последствия внутриутробного сифилиса
2. последствия внутриутробного рахита
3. нейроэндокринное заболевание
4. системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща
5. повышение давления амниотической жидкости

2. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫЯВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РАЗРАБОТАННАЯ

1. Рейнбергом
2. Радулеску

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 116 -</p>
--	---	---	----------------

3. Хингельрейнером
4. Омбреданом
5. Путти

3. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ампутация
- 2) околосоуставная резекция
- 3) скелетное вытяжение
- 4) выскабливание

5) сегментарная резекция поднадкостничная

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

1. позднее появление ядра окостенения головки, изменения величин h и d
2. изменения величины d (уменьшение)
3. отношение диафиза бедра к линии Омбредана (проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)
4. изменение угла Виберга
5. изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВНУТРИСУСТАВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

1. релюксация
2. асептический некроз головки бедра
3. анкилоз
4. контрактуры
5. ограничение объема движений в тазобедренном суставе

6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭПИФИЗАРНОЙ ХОНДРОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ


1. поздним появлением ядер окостенения, сливающихся между собой в разное время и различающихся по форме и плотности
2. преждевременным раскрытием ростковых зон
3. отсутствием явлений деформирующего артроза
4. отсутствием укорочения конечности
5. отсутствием ядер окостенения в эпифизах

7. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ

1. сразу после рождения
2. до 5-летнего возраста
3. до 10-летнего возраста
4. в период полового созревания
5. у взрослого человека

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ:


1. дошкольный
2. школьный
3. период полового созревания (подростковый)

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 117 -</p>
--	---	---	----------------

4. взрослый
 5. подростковый и взрослый
9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА ОТНОСИТСЯ
1. формирование соха вага
 2. шеечно-эпифизарный угол (до 15 градусов)
 3. увеличение угла вертикального наклона (до 10 градусов)
 4. увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)
 5. формирование синостоза
10. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ
1. этапные гипсовые повязки
 2. лонгеты из полевика, ЛФК, массаж, электростимуляция мышц
 3. ношение ортопедической обуви
 4. ЛФК, массаж
 5. лечения не требует

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме

1. 4
2. 1
3. 1
4. 5
5. 1
6. 3
7. 5
8. 4
9. 1
10. 1

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 118 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 17

Тема занятия: «Нарушения осанки, кифо-сколиоз. Остеохондропатии».

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией нарушений осанки, остеоохондропатий, научить их клиническому обследованию больных с ортопедическими заболеваниями, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику нарушений осанки и остеоохондропатий.


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,
- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,
- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),
- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,
- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,
- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
- провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.
- и интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.
- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.
- разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 119 -</p>
--	---	---	----------------

- при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Сколиоз. Классификация по этиопатогенезу и степени деформации.
2. Методика клинического обследования; Клинико-рентгенологическая классификация; Принципы консервативного и оперативного лечения.
3. Классификация остеохондропатий. Фазы течения заболевания. Основные рентгенологические проявления остеохондропатий. Дифференциальная диагностика.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Познакомить студентов с классификацией нарушений осанки, остеохондропатий, научить их клиническому обследованию больных с ортопедическими заболеваниями, сформировать у студентов умение проводить клиническую и рентгенологическую диагностику нарушений осанки и остеохондропатий.


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения обучающиеся должны знать:

- закономерности роста и развития детского организма,
- особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний.
- методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных,
- основные патологические синдромы и симптомы заболеваний,
- международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10),
- диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний,
- современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей и подростков, а также при жизнеопасных состояниях,
- алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях.
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков, принципы профилактики детского и подросткового травматизма.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
- провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза.
- и интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.
- поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 120 -</p>
--	---	---	----------------

дополнительных для получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния.

- разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.

- при неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1.Лечение. Показания к хирургическому лечению Реабилитация.

2.Диспластический сколиоз. Остеохондропатии (болезнь Легг-Кальве-Пертеса, б-нь Шейерман-Мау, б-нь Осгуда-Шляттера, б-нь Блаунта, б-нь Келлер1-2, б-нь Шинца). Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

3.Поликлиника. Организация работы ортопедического кабинета, принципы диспансерного наблюдения

8.План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи


Задача № 1

Ребенок 5 лет последние 2 недели прихрамывает, жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ:Подозрение на болезнь Легг-Кальве-Пертеса. Показана рентгенография тазобедренных суставов в двух проекциях (передне-задней и по Лауэнштейну). Необходимо полностью снять нагрузку с больной ноги, а также физиотерапевтические тепловые процедуры, электромагнитотерапия.

Б-нь Легга – Кальве – Петерса– остеохондропатия головки бедр.кости; чаще в возр. 6-10 лет у мальчиков.Остеохондропатии(асептич-е остеохондронекрозы) – вид дегенеративно-некротич-го процесса в эпифизах и апофизах, губчатых отделах костей, сопровожд.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 121 -</p>
--	---	---	----------------

последовательной сменой некроза, рассасывания или отторжения пораженных участков кости и последующего восстановления костной структуры. Этиология неясна. В основе болезни – асептический некроз губчатой кости. Процесс развивается медленно, протекает хронически и чаще двусторонне. Атрофия межфаланговых выражена умеренно. Выраженных патологических изменений в анализах крови нет. Стадии Рг процесса: 1 - начальная; 2 - стадия импрессионного перелома; 3 - фрагментация головки бедренной кости; 4 - репарация и реконструкция костного вала; 5 - стадия последствий (исход) - вторичная деформация головки бедренной кости и суставной впадины. Оперативное лечение дополняет консервативное. Цели: стимуляция регенеративных процессов при замедленной репарации (остеоперфорация, туннелизация, биологическая стимуляция), коррекция оси и формы сегментов, восстановление биомеханики пораженного сустава; ликвидация последствий заболевания. Прогноз: продолжительность болезни Петерса (первые 4 стадии) 3-6 лет. Раннее и правильное лечение сокращает эти сроки до 1,5-2 лет.

Задача № 2

Девочка, 10 лет. Жалобы на боль в левой стопе, прихрамывание, быструю утомляемость. До начала заболевания девочка была подвижна, занималась танцами, физкультурой. При осмотре левой стопы в области ладьевидной кости видна припухлость, болезненность при давлении, но покраснения и повышения местной температуры нет. На рентгенограммах стоп (прямая и боковая проекция) следы ладьевидной кости снижены на половину своей высоты, структура ее плотная (кость склерозирована), расстояние между соседними костями значительно шире, чем на здоровой стопе. Ваш диагноз? Какие возможны осложнения при поздней диагностике и отсутствии правильного лечения и как их избежать?

Эталон ответа.

1. Остеохондропатия ладьевидной кости левой стопы (болезнь Келера 1), стадия импрессионного перелома.
 2. Развитие плоскостопия, деформирующего артроза.
 3. Иммобилизация, общеукрепляющая терапия, ЛФК, ФТЛ, массаж.
- Задача №3.


Задача 3

Девочка (11 лет), занимается танцами. Родители обратились на амбулаторный прием хирурга с жалобами ребенка на боли в левой стопе, снижение опороспособности конечности, быструю утомляемость ребенка в течение последнего месяца. При локальном осмотре выявлено опухолевидное, не подвижное, твердое образование в проекции ладьевидной кости стопы. Пальпация в проекции ладьевидной кости болезненна, ткани пастозны. Гиперемии нет. На рентгенограмме выявлено снижение высоты ладьевидной кости, расстояние между соседними костями (рентгенологическая суставная щель) значительно шире, чем на здоровой стопе. Ваш диагноз и лечебная тактика. Какие осложнения возможны в отдаленном периоде данного заболевания?

Эталон

ответа.

1. Остеохондропатия ладьевидной кости левой стопы (болезнь Келера 1) в стадии импрессионного перелома.
2. Иммобилизация стопы гипсовой повязкой с тщательным моделированием сводом стопы, общеукрепляющая терапия, ЛФК, ФТЛ, массаж. По завершению

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 122 -</p>
--	---	---	----------------

иммобилизации ношение ортопедических стелек, ограничение физических нагрузок.
3. Деформирующий артроз межплюсневых суставов.

Задача №4

Подросток, 14 лет. Родители предъявляют жалобы на нарушение осанки, мальчик сильно сутулится, из-за чего ниже своих сверстников, хотя постоянно занимается спортом (тяжелая атлетика) периодические жалобы на повышенную утомляемость при физической нагрузке. При осмотре отмечается усиление грудного кифоза, которое не меняется при наклоне назад и в положении лежа. Осевая нагрузка на остистые отростки безболезненна. На рентгенограммах: снижение высоты тел 7,8,9 грудных позвонков, сужение межпозвонковых щелей, субхондральные поверхности не четкие, имеется разрыхление и фрагментация апофизов.

Ваш диагноз, лечебная тактика, назовите наиболее вероятную причину развития заболевания в данном случае.

1. Остеохондропатия 7,8,9 грудных позвонков (болезнь Шойермана-Мау).
2. Ортопедический режим (исключить физические нагрузки – освободить от занятий физкультурой), общеукрепляющая терапия, ЛФК, ФТЛ, массаж, ношение корсета. Диспансерное наблюдение.
3. Чрезмерная физическая нагрузка при занятиях тяжелой атлетикой.

Задача №5

Мальчик (10 лет) упал на улице в феврале месяце, ударился областью правого тазобедренного сустава. Лечился амбулаторно у хирурга по поводу ушиба тазобедренного сустава, купирование болевого синдрома и восстановление функции конечности в течение 5 – 6 дней. В мае месяце того же года родители заметили у ребенка нарушение походки (хромота), что послужило причиной повторного обращения к хирургу. На выполненных рентгенограммах патологии врач не обнаружил. Лечение не назначалось. Через 4 месяца нарушение походки сохраняется, отмечается гипотрофия бедра на 1,5 см, ограничение отведения и ротационных движений в тазобедренном суставе, положительная осевая нагрузка на сустав. На повторно выполненной рентгенограмме зарегистрирована грибовидная деформация головки бедра и расширение рентгенологической суставной щели.


Ваш диагноз и лечебная тактика. Укажите рентгенологические стадии, в которых были выполнены рентгенограммы. Какая ошибка допущена хирургом? Какие осложнения возможны в отдаленном периоде заболевания.

Эталон

ответа.

1. Остеохондропатия головки правой бедренной кости (болезнь Лег-Кальве-Пертеса).
2. госпитализация ребенка, разгрузка сустава манжеточным вытяжением. Общеукрепляющая терапия, ЛФК, ФТЛ, массаж. Санаторно-курортное лечение. Диспансерное наблюдение.
3. Первые рентгенограммы выполнены в стадии «остеопороза», вторые – «импрессионного перелома».
4. Заболевание диагностировано не своевременно (с опозданием). Лечение в указанном выше объеме необходимо начать с мая месяца.
4. Деформирующий коксартроз.

Задача № 6

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 123 -</p>
--	---	---	----------------

У мальчика 10 лет отмечается изменение осанки: верхний плечевой пояс (левое плечо выше правого), угол левой лопатки выше уровня правой на 2 см. Треугольник талии справа увеличен, вертикальная ось остистых отростков позвоночника отклонена влево. На рентгенограмме, в положение стоя угол искривления позвоночного столба составляет по методу Фергюссона 7° , в положение лежа угол равен 5° .

1. Ваш диагноз?
2. План лечения.

Сколиоз I степени. Консервативное лечение (ношение корригирующего корсета), общее оздоровление ребенка, выработка индивидуально статико-динамического режима, ЛФК, массаж и т.д..

Задача № 7

Врачом ортопедом при профилактическом плановом осмотре у девочки 12 лет выявлено: уровни надплечий (правое плечо выше левого), треугольники талии справа меньше чем слева, уровень угла лопаток справа выше на 2 см. В положение наклона отчетливо определяется асимметрия реберное выбухание справа и мышечный валик в поясничном отделе. На рентгенограмме по методу Фергюссону угол искривления 12° - 15° , в положение лежа и стоя, с вершиной искривления (VIII-грудного позвонка).

1. Ваш диагноз с указанием степени?
2. План лечения.

Сколиоз II степени. Диспансеризация, соблюдение ортопедического разгрузочного режима (спец. занятия, ношение ортопед, корсета, гипсовые кровати и т.д.). Общее оздоровление ребенка, выработка индивидуально статико-динамического режима, функциональное исправление деформаций позвоночника, ЛФК, массаж. Индекс стабильности составляет 0,8 довольно ригидный нужно решать вопрос, об оперативном лечении.

Задача № 8

Врач-ортопед приглашён в родильный дом на консультацию к новорождённому по поводу врождённой деформации позвоночника. При осмотре замечен груднопоясничный сколиоз с деформацией грудной клетки и перекосом таза. На рентгенограмме — груднопоясничный сколиоз. В среднем и нижнем грудных отделах позвоночника форма позвонков неправильная: трапециевидная, клиновидная, бабочковидная. Справа VII, VIII и IX рёбра сращены на протяжении 3 см, начиная от головки ребра.


1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Диагноз «Врождённый груднопоясничный сколиоз». До 6-месячного возраста вдоль туловища укладывают длинные и плотные ватно-марлевые валики, выполняют корригирующий массаж спины, ребёнка часто поворачивают на живот. В возрасте 6 мес можно изготовить гипсовую кровать и продолжать корригирующие упражнения. С началом ходьбы назначают матерчатый корсет, ЛФК, массаж спины. Необходимо наблюдение ортопеда. Рентгеновские снимки делают строго по показаниям.

Задача №9

У больной 5 лет С-образный грудной сколиоз. Справа формируется подлопаточный рёберный горб. На рентгенограмме выявлена односторонняя сколиотическая дуга в грудном отделе величиной 160° . Слева и сзади V, VI и VII рёбра сращены на протяжении 3 см. Тела соответствующих позвонков имеют трапециевидную форму.


1. Поставьте диагноз, назначьте лечение.
2. Перечислите мероприятия по консервативному лечению сколиотической болезни.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 124 -</p>
--	---	---	----------------

Диагноз «Врождённый С-образный грудной сколиоз». Лечение оперативное — резекция сращённого участка рёбер. После операции рекомендуют ЛФК, ношение корригирующего корсета, изготавливают гипсовую кровать для сна. Необходимо наблюдение ортопеда.

Тестовые задания:

1. Для диагностики плоскостопия применяется: а) подометрия; б) плантография; в) рентгенография; г) все перечисленное.
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;
2. Остеохондропатия ладьевидной кости стопы это: а) болезнь Мортона; б) болезнь Леддерхозе; в) болезнь Келера 1; г) болезнь Келера 2
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;
3. Остеохондропатия головок плюсневых костей это: а) болезнь Дойчлендера; б) болезнь Леддерхозе; в) болезнь Гаглунда; г) болезнь Келера 2
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;
4. Болезнь Дойчлендера это: а) синдром маршевой стопы; б) патологическая функциональная перестройка; в) «опухоль» стопы; г) все перечисленное обозначает одно и тоже заболевание.
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;
5. При болезни Келера 2 поражается: а) метафиз плюсневых костей; б) диафиз; в) дистальный эпифиз; г) все перечисленное.
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;
6. Разгибание и сгибание конечности - это движения
а) в сагитальной плоскости; б) во фронтальной плоскости; в) в аксиальной плоскости; г) внутреннее движение вокруг продольной оси; д) наружное движение вокруг продольной оси
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г; 5 – д.
7. В основе остеохондропатии лежит: а) дисфункция созревания
б) дисфункция роста; в) механическое воздействие; г) неправильное внутриутробное развитие; д) тератогенное воздействие
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г; 5 – д.
8. Болезнь Келлер-I – это: а) остеохондропатия плюсневых костей стопы;
б) остеохондропатия ладьевидной кости стопы; в) атипичная форма остеомиелита костей стопы; г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости; д) остеохондропатия тел позвонков
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г; 5 – д.
9. При прочтении рентгенограммы нельзя определить: а) форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев; б) форму и ширину, симметрию суставной щели; в) форму и характер прикрепления мышц и степень их развития; г) состояние росткового слоя и ядер окостенения; д) наличие кист, полостей, секвестров
1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г; 5 – д.
10. При болезни Кинбека III-IV стадии с целью нормализации остеогенеза и улучшения трофики целесообразно применить: а) ФТЛ; б) медикаментозную терапию; в) ЛФК; г) все перечисленное

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 125 -</p>
--	---	---	----------------

1- а; 2 – б; 3 – в; 4 – г;

Ключ к тестовому контролю на выходе: 1 – 4; 2 – 3; 3 – 4; 4 – 4; 5 – 3;
6 – 1; 7 – 2; 8 – 2; 9 – 3; 10 – 4.



Тема № 24


Тема занятия: Заболевания и пороки развития пищевода

Часть 1

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить этиологию пороков развития пищевода у детей, классификацию поражений, клинические проявления, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 4. Эмбриогенез пищевода
 5. Анатомо-физиологические особенности пищевода у детей
 6. Классификацию пороков развития пищевода
 7. Антенатальные методы диагностики атрезии пищевода
6. **Студент должен уметь:**
 4. Определить симптомы пороков развития пищевода.
 5. Провести дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися похожими симптомами.
 6. Провести зондирование пищевода
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Современные представления о механизме коррозионных поражений пищевода у детей.
 2. Эпидемиология заболеваний.
 3. Клинические проявления в остром периоде.
 4. Неотложная помощь при химическом ожоге пищевода у детей

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить этиологию пороков развития пищевода у детей, классификацию поражений, клинические проявления, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Клинику атрезии пищевода, врожденного стеноза пищевода, и ГЭР
 2. Специальные методы диагностики пороков развития пищевода
 3. Принципы предоперационной подготовки и операций
 4. Осложнения
6. **Студент должен уметь:**
 1. Интерпретировать данные рентгенограмм.
 2. Выполнить перевязку после операции больному с пороком развития пищевода
 3. Составлять программу лечения детям с пороками развития пищевода.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Классификации химических ожогов пищевода у детей.
 2. Сочетанные поражения органов и систем при ожогах пищевода
 3. Методы диагностики степени поражения и осложнений
 4. Методы диагностики и лечения рубцовых сужений пищевода
9. **План проведения занятия:** ☺
 5. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 минПостановка цели и задач занятия – 1 мин.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 127 -</p>
--	---	---	----------------

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

6. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

7. Демонстрация:

8. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационная задача 1

Вы врач неонатолог роддома. Вас вызвали к новорожденному 2 часов жизни родившемуся после 32 недель гестации с оценкой по шкале Апгар 6 баллов. Сразу после рождения отмечаются пеннистые выделения изо рта и носа, которые возникают вновь после асирации. Грудная клетка обычной формы, аускультативно – всюду пуэрильное дыхание. Живот вздут. Меконий отсутствует.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ситуационная задача

Вас вызвали к новорожденному 1 суток жизни с жалобами, что ребёнок постоянно срыгивает после кормления, при этом аспирирует пищу, вплоть до асфиксии. Отмечается тахипно, тахикардия, в легких множество влажных мелкопузырчатых хрипов. Живот резко вздут

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения

Ситуационная задача 2

К вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 6 месяцев с жалобами на рвоту после введения прикорма. Рвотные массы состоят из непереваренной пищи без запаха. Рвота возникает во время каждого кормления. При отмене прикорма и переходе на жидкие смеси или воду рвота прекращается. Состояние удовлетворительное, со стороны органов дыхания патологии нет. Живот мягкий безболезнен. Стул не изменен

Ваш предварительный диагноз, тактика, ?

Ситуационная задача 3

Вы - участковый педиатр. К вам на приём обратились родители ребёнка 3 мес, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по атрезии пищевода и ему был наложен эзофаго- эзофаго анастомоз . Находится на естественном вскармливании, но последние три дня отмечается рвота во время кормления и слюнотечение.

Ваша тактика?

Ситуационная задача 4

К вам обратился ребёнок 6 лет. С годовалого возраста отмечается рвота во время кормления твердой пищей. Жидкости пьёт без затруднения. По совету педиатра в течение последних лет питалась только жидкой пищей. Но отставание в физическом развитии и частые респираторные заболевания беспокоят родителей.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Тестовые вопросы

1. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ



- а два слепо заканчивающихся сегмента пищевода
- б верхний сегмент заканчивается слепо, нижний впадает в трахею
- в оба сегмента впадают в трахею
- г верхний сегмент впадает в трахею, нижний заканчивается слепо

2. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА АНТЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- а многоводие
- б маловодие
- в смещение сердца
- г увеличенный желудок
- д нет изменений

Укажите все правильные ответы

3. КЛИНИЧЕСКИ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ

- а плохой прибавкой в массе тела
- б рвотой при кормлении
- в пенистыми выделениями изо рта
- г тотальным цианозом
- д отсутствием стула

4. КЛИНИЧЕСКИ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА БЕЗ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ОТЛИЧАЕТСЯ

- а отсутствием вздутия живота
- б отсутствием аспирации
- в болевым синдромом
- г самопроизвольным выздоровлением

Укажите правильный ответ

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО

- а эзофагоскопия
- б КТ
- в зондирование пищевода
- г рентгеноконтрастное исследование

Укажите правильные ответы

6. ЗОНД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- а минимального диаметра
- б рентгеноконтрастным
- в стерильным
- г упругим

7. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ

- а консервативное
- б только хирургическое
- в эзофагоскопическое

8. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ



- а гостростомия
- б эзофаго эзофаго анастомоз
- в пластика пищевода толстой кишкой
- г пластика пищевода желудком

Укажите правильный ответ

9. ТАКТИКА ВРАЧА РОДДОМА ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА
АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА

- а экстренная операция в роддоме
- б постоянная аспирация из проксимального сегмента пищевода
- в приподнятый головной конец тела ребенка
- г парентеральное питание

10. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНО

- а сужение пищевода на всем протяжении
- б зона стеноза ниже диафрагмы
- в зона сужения выше диафрагмы
- г локализация сужения в любом отделе пищевода

Укажите все правильные ответы

11. КЛИНИКА ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА

- а рвота при питании любой пищей
- б рвота при питании только жидкой пищей
- в рвота при комлении твердой пищей
- г резкая дистрофия
- д обтурация пищевода инородными телами

Дополнить

12. ЧАЩА ВСЕГО ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА НАЧИНАЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ
ПОСЛЕ -----

Укажите правильные ответы


13. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ИСПОЛЬЗУЮТ

- а эзофагография с барием
- б КТ
- в МРТ
- г эзофагоскопия
- д зондирование пищевода

14. ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ЛЕЧАТ


- а экстренно
- б в плановом порядке

15. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ПРИМЕЯЮТ

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 130 -</p>
--	---	---	----------------

- а спазмолитики
- б буживание пищевода
- в операция

Ответы к тестам: 1 б. 2ад. 3 бв.4 а., 5 вг.6 б,в г. 7 б. 8 б. 9бв. 10 д. 11 вд 12 введения прикорма. 13 аг. 14 б. 15в

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 131 -</p>
--	---	---	----------------

Тема № 25

Тема занятия: Ожоги пищевода, рубцовые сужения пищевода

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить этиологию повреждений пищевода у детей, классификацию поражений, клинические проявления в зависимости от стадии процесса, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Современные представления об этиологии повреждений пищевода у детей
 2. Классификацию коррозионных поражений и рубцовых стриктур
 3. Методы оказания неотложной помощи при химическом ожоге пищевода
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Определить симптомы химического поражения или рубцового стеноза пищевода
 2. оказать неотложную помощь при химическом ожоге пищевода
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Современные представления о механизме коррозионных поражений пищевода у детей.
 2. Эпидемиология заболеваний.
 3. Клинические проявления в остром периоде.
 4. Неотложная помощь при химическом ожоге пищевода у детей

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить этиологию повреждений пищевода у детей, классификацию поражений, клинические проявления в зависимости от стадии процесса, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Методы лечения в зависимости от стадии процесса
 2. Показания к консервативным и оперативным способам лечения
 3. Осложнения и пути их профилактики.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. оценить эндоскопическую картину степени поражения пищевода
 2. анализировать и интерпретировать клиническую картину течения в остром периоде и периоде формирования осложнений, а также данные дополнительных методов исследования
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Классификации химических ожогов пищевода у детей.
 2. Сочетанные поражения органов и систем при ожогах пищевода
 3. Методы диагностики степени поражения и осложнений
 4. Методы диагностики и лечения рубцовых сужений пищевода

8. План проведения занятия:⌚

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 132 -</p>
--	---	---	----------------

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

1. Ребенок, 8 лет, 20 кг, поступил в клинику детской хирургии с жалобами на затрудненное глотание твердой и полужидкой пищи. 1 год назад выпил неустановленное количество уксусной эссенции, был ожог пищевода 3 степени, в связи с чем находился на стационарном лечении в клинике детской хирургии. Затем родители забрали ребенка, не закончив лечения до конца. Больной нигде не наблюдался, не лечился. Дисфагические явления стали отмечаться два месяца назад, постепенно прогрессируя, в связи с чем родители повторно обратились в клинику детской хирургии. Фиброэзофагоскопия: рубцовая ткань, циркулярно расположенная, на расстоянии 15 см. от резцов, просвет пищевода сужен ниже данного участка до 0,2 см. в диаметре.

1. Поставить диагноз.

2. Определить план лечения.

3. Ребенок 2 лет 10 минут назад выпил неустановленное количество концентрированной щелочи.

Состояние тяжелое, не глотает, отмечается гиперсаливация, затрудненное дыхание. При аускультации большое количество разнокалиберных хрипов по всем легочным полям, ЧСС 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Не мочился.

Ваши действия?

4. Ребенок 1 года сделал глоток кипятка, после чего отмечался выраженный болевой синдром, гиперсаливация, отказ от приема пищи. Ничем не лечились. На второй день сохраняются явления дисфагии, отказ от твердой пищи. Состояние относительно удовлетворительное, температура тела нормальная, кожа чистая, обычной окраски, подкожные лимфоузлы не увеличены, в легких дыхание везикулярное, ЧСС 120 в минуту. Физиологические отправления в норме.


Ваша тактика?

4. Ребенок 15 лет выпил 60 минут назад с суицидальной целью 100 мл уксусной эссенции. В сознании, жалуется на боли за грудиной, слюнотечение, нарушение глотания. Состояние тяжелое. Температура тела 36,8 градусов.

Кожа бледная, чистая. Подкожные лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, ЧСС 132 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Моча с геморрагическим оттенком. Стула не было.

Ваша тактика?

5. Ребенок сделал глоток серной кислоты, после чего стал резко беспокойным, кричал, появилось стридорозное дыхание, цианоз.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 133 -</p>
--	---	---	----------------

При осмотре – состояние тяжелое, резко беспокоен, выраженная инспираторная одышка. Температура тела субфебрильная. Кожа чистая, бледная. Акроцианоз. На коже лица вокруг губ корочки черного цвета, слизистая полости рта резко гиперемирована, отечна, кровоточит. В легких при аускультации – свистящие хрипы при вдохе, ЧСС 140 в мин. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ваша тактика?

6. У ребенка 3 лет после перенесенного 3 месяца назад химического ожога пищевода появились затруднения при глотании твердой пищи, которые сначала проходили при запивании еды водой, но постепенно дисфагия нарастала и ребенок обратился за помощью к врачу.

Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная, кожа чистая, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧСС 100 уд в мин. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

7. У ребенка 5 лет после проведения лечебного бужирования пищевода через 10 мин после выхода из наркоза отмечается резкая болезненность в грудной клетке слева, усиливающаяся при глотании, дисфагия при проглатывании слюны.

Состояние средней тяжести. Температура тела 38 градусов. Кожа бледная, чистая.

Подкожные лимфоузлы не увеличены. Шея наклонена влево, при попытке исправить положение возникает резкая боль. Над яремной вырезкой отмечается участок крепитации при пальпации. В легких дыхание слева ослаблено, хрипов нет. ЧСС 128 в мин. Живот мягкий безболезненный.

Ваш диагноз и тактика?

8. У ребенка 5 лет через год после химического ожога пищевода щелочью отмечается формирование рубцового стеноза пищевода в средней трети, по поводу чего выполнялись неоднократно бужирования пищевода, которые при принесли положительного результата. Стеноз рецидивировал, диаметр суженного участка при эндоскопии – 2 мм, протяженность стеноза по данным рентгенографии – 2 тела позвонка.

Ваша тактика?

9. У ребенка 15 лет после перенесенного в возрасте 1 года химического ожога пищевода уксусной кислотой отмечалось рубцовое сужение пищевода в средней трети, которое было ликвидировано консервативно бужированиями в возрасте 3 лет. Месяц назад отметил появление затруднений при глотании, боли за грудиной, резкую потерю массы тела, нарастающую слабость.

Состояние средней тяжести. Положение активное, температура тела нормальная, кожа чистая, бледная. Подкожные лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧСС – 88 в минуту. Язык обложен серым налетом, сух. Живот не вздут, симметричен. При пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

10. Ребенок 2 лет после химического ожога пищевода уксусной кислотой неделю тому назад лечится в хирургическом отделении. Дисфагические явления у ребенка прошли, температура тела нормальная, со стороны внутренних органов без патологии. Родители настаивают на прекращении лечения и выписке.

Ваши действия?



11. Ребенок 2 лет поступил с жалобами на дисфагию. При обследовании выявлен стеноз пищевода в верхней трети.

Родители отрицают ожог пищевода кислотами или щелочами. Год назад у ребенка был эпизод проглатывания инородного тела (батарейка), которая была удалена в течение часа.

Ваш диагноз и тактика?

Тестовые вопросы

1. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

- А) 3-м месяцам;
- Б) 6-ти месяцам;
- В) 12-ти месяцам
- Г) 2-м годам;
- Д) 5-ти годам.

3. Показанием к созданию искусственного пищевода является :

- А) ожог пищевода 3-й степени;
- Б) ожог пищевода 4-й степени ;
- В) короткая рубцовая стриктура пищевода;
- Г) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев;
- Д) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года

4. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести

- а. холодной водой
- б. водой комнатной температуры**
- в. горячей водой
- г. подкисленным раствором
- д. щелочным раствором

5. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести


- а. на 1-2-е сутки
- б. на 3-4-е сутки**
- в. на 5-6-е сутки
- г. на 10-е сутки
- д. на 12-е сутки

6. При свежем ожоге пищевода следует сделать предпочтение

- а. "слепому" методу бужирования**
- б. через эзофагоскоп
- в. за нитку
- г. ретроградному бужированию
- д. не бужировать

7. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует

- а. легкой степени ожога
- б. средней степени ожога**
- в. тяжелой степени ожога
- г. нет ожога
- д. очень тяжелой степени ожога

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 135 -</p>
--	---	---	----------------

8. У больного при эзофагоскопии после приема уксусной эссенции обнаружен пятнистый эзофагит. Ему следует рекомендовать:

- а. раннее бужирование
- б. позднее бужирование
- в. курс лечебных эзофагоскопий
- г. диетотерапия
- д. Наблюдение

9. При подозрении на перфорацию пищевода целесообразно применять в качестве контрастного вещества


- а. барий
- б. воздух
- в. масляные контрастные вещества
- г. сергозин
- д. водорастворимые контрастные вещества

10. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении

- а. стоя
- б. лежа на животе
- в. лежа на спине
- г. лежа на левом боку
- д. лежа на правом боку

11. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать

- а. курс лечебных эзофагоскопий
- б. введение зонда в желудок и консервативная терапия
- в. перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию
- г. срочную операцию
- д. гастростомию

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 136 -</p>
--	---	---	----------------

Тема № 26


Тема занятия: Заболевания и пороки развития легких

1 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Закономерности роста и развития детского организма Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования
 2. Особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний
 3. Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;
 2. Провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза. и интерпретировать полученные результаты обследования, сформулировать клинический диагноз с учетом биохимических методов исследования. Знать норму и патологию при различных нозологиях, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Виды развития пороков легких.
 2. Этиология и патогенез возникновения пороков развития легких.

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Основные патологические синдромы и симптомы заболеваний Особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний
 2. Международная классификация пороков развития легких
 3. диагностические критерии по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний, современные диагностические и лечебные технологии в детской хирургии, алгоритмы лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Поставить предварительный диагноз – систематизировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
 2. Наметить объем дополнительных исследований для получения достоверного

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 137 -</p>
--	---	---	----------------

результата, сформулировать клинический диагноз, разработать план консервативного и оперативного лечения, выявлять патологические синдромы, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ-10, своевременно диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния. Провести первичное обследование систем и органов.

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Сопутствующие пороки и частота их встречаемости
2. Алгоритм диагностики пороков развития легких.

3 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Алгоритм патогенетической адекватной терапии при основных хирургических заболеваниях. Особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний
2. клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

3. При неотложных состояниях определить срочность выведения, путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов или инструментального воздействия, создать условия пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре с целью соблюдения гигиенического режима.;
4. Составить программу реабилитации детям с диагностированными пороками развития легких и после проведения оперативного вмешательства.

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Методы лечения. Принципы консервативного лечения.
2. Оперативное лечение. Выбор тактики оперативного вмешательства.

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин


2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задача № 1

Новорожденного ребенка отмечается отсутствие дыхания при аускультации слева. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, кожа чистая,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 138 -</p>
--	---	---	----------------

обычной окраски. В легких слева дыхание не выслушивается, справа – пуэрильное. ЧД 44, ЧСС- 144 в мин сердце смещено влево Живот не вздут, мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Диагноз и тактика?

Задача №2.

У новорожденного ребенка отмечается деформация грудной клетки и ослабление дыхания слева. Состояние тяжелое. Температура тела нормальная, кожа чистая, периоральный цианоз, акроцианоз. В легких слева дыхание резко ослаблено, при перкуссии – коробочный звук слева, средостение смещено вправо. ЧД – 80 в мин, ЧСС 160 в мин. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Диагноз и тактика?

Задача №3

Внутриутробно у ребенка выявлены множественные кистозные изменения в легких справа в проекции нижней доли – размеры кист – 3- 10мм.

Диагноз и тактика?

Задача №4

Внутриутробно у ребенка выявлен участок легкого слева в нижней доле с большей плотностью и аномальным источником кровоснабжения от брюшной аорты.

Диагноз и тактика?

Задача №5

У ребенка внутриутробно выявлены кистозные изменения в легком, что подтверждено на КТ после рождения. Какова ваша тактика?

Задача №6

У ребенка на фоне пневмонии резко ухудшилось состояние, появилась дыхательная недостаточность тяжелой степени, цианоз. При аускультации справа дыхание не выслушивается. На рентгенограмме – затемнение всей правой половины грудной клетки. Средостение смещено влево.

Ваш диагноз и тактика?

Задача №7


У ребенка на фоне острой вирусной инфекции с субфебрильной температурой и кашлем возникло ослабление дыхания справа. На рентгенограмме выявлено округлое образование в проекции верхней доли легкого с горизонтальным уровнем жидкости. Средостение не смещено.

Диагноз и тактика?

Задача №8

У ребенка 12 лет без каких либо жалоб при флюорографии грудной клетки выявлено округлой формы затемнение диаметром 5 см с четкими краями в проекции нижней доли справа. Физикально – без патологии.

Ваш диагноз и тактика?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 139 -</p>
--	---	---	----------------

Задача №9

У ребенка 2 лет на фоне пневмонии, осложненной пиопневмотораксом, возник постоянный сборос воздуха по дренажной трубке.

Ваш диагноз и тактика?

Задача №10

У новорожденного ребенка находящегося на ИВЛ стала нарастать дыхательная недостаточность несмотря на увеличение подачи кислорода. При аускультации обнаружено резкое ослабление дыхания справа и там же коробочный звук при перкуссии. На рентгенограмме – увеличение прозрачности справа, резкое смещение средостения влево.

Ваш диагноз и тактика?

Тестовый контроль

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

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) буллы.

2. При обзорной рентгенограмме 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 :

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.

3. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) пневмоторакс;
- В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- Г) пиоторакс;
- Д) пиопневмоторакс

3. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема; Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.



4. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз :

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких

5. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить :

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией

6. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

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

- а. гипоплазия легкого
- б. аплазия легкого
- в. агенезия легкого**
- г. ателектаз
- д. буллы

8. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз


- а. абсцесс легкого
- б. пневмоторакс
- в. буллезная форма бактериальной деструкции легких**
- г. пиоторакс
- д. пиопневмоторакс

9. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз


- а. осумкованный плеврит
- б. ограниченный пиопневмоторакс
- в. пиопневмоторакс**
- г. напряженный пиопневмоторакс
- д. буллезная форма бактериальной деструкции легких

При напряженном пневмотораксе с бронхиолярным свищем тактика лечения включает

- а. плевральную пункцию
- б. бронхоблокаду
- в. дренирование плевральной полости по Бюлау

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 141 -</p>
--	---	---	----------------

- г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- д. выжидательную тактику

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 142 -</p>
--	---	---	----------------

Тема № 27

Тема занятия: Пороки развития грудной клетки

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить классификацию пороков, клинические проявления в зависимости от формы процесса, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 - 1.эмбриогенез грудной стенки
 - 2.классификацию пороков грудной клетки
 - 3.клинические особенности каждой формы пороков
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. определить форму порока согласно классификации
 2. провести комплекс необходимых диагностических мероприятий
- 7.**Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Современные представления о механизме формирования пороков грудной клетки у детей.
 2. Эпидемиология заболеваний.
 3. Клинические проявления в зависимости от формы порока и сочетанных аномалий.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** изучить классификацию пороков, клинические проявления в зависимости от формы процесса, методы диагностики, методы лечения, осложнения и пути их профилактики.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-1,9; ПК-5,6,8,9,16
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 - 1.сопутствующие аномалии
 - 2.особенности методов диагностики
 - 3.методики лечения и сроки коррекции
 - 4.реабилитационные мероприятия
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. определить сроки и методы коррекции пороков
 2. составить план реабилитационных мероприятий
- 7.**Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Классификации пороков грудной клетки у детей.
 2. Методы диагностики степени деформации
 3. Методы лечения деформация грудной клетки

8. План проведения занятия:☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин
Постановка цели и задач занятия – 1 мин.
Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.
Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.
Лекция – 30 минут.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 143 -</p>
--	---	---	----------------

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.
3. **Демонстрация:**
4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задача №1.

У ребенка 1 года отмечается килевидная деформация грудной клетки в средней трети грудины, ребенок развивается с отставанием, плохо набирает массу тела, не ходит, состояние средней тяжести, кожа чистая, бледная, периоральный и акроцианоз. В легких – влажные мелкопузырчатые хрипы по всем легочным полям. ЧСС – 140 в мин, систолический шум на верхушке. Печень выступает на 4 см из под края реберной дуги.

Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

Задача №2.

У ребенка 4 лет выявлена деформация грудной клетки за счет вдавления нижней трети грудины по направлению к позвоночнику. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, кожа чистая, обычной окраски. В легких – без патологии, ЧСС – 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

Задача №3.

У новорожденного родившегося в срок без патологии и признаков поражения внутренних органов обнаружено отсутствие двух ребер справа (3 и 4), отсутствие соска справа, отсутствие грудных мышц справа.

Ваш диагноз и тактика?

Задача №4

У новорожденного отмечено резкое уменьшение размеров грудной клетки в передне-заднем и поперечном направлениях, укорочение конечностей, бразидактилия на руках и ногах. Состояние тяжелое. Находится на постоянной ингаляции кислорода. Кожа бледная, чистая. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 160 в мин. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

Задача № 5

У мальчика 14 лет в течение месяца появилось выбухание нижней трети грудины и парастернального от дела ребер . Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, Кожа чистая, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧСС 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.


Ваш диагноз и тактика?

Задача № 6

У новорожденного отмечается выбухание при вдохе и втяжение при выдохе мягких тканей над верхней третью грудины.

Состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела нормальная.

На коже груди отмечаются множественные капиллярные гемангиомы.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 144 -</p>
--	---	---	----------------

В легких дыхание пуэрильное. ЧСС – 160 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ваш диагноз и тактика?

Задача № 7

У ребенка 8 лет с воронкообразной деформацией грудной клетки отмечаются непропорционально длинные руки, признаки арахнодактилии, плоскостопие, стрии на коже в поясничной области, гипермобильные суставы.

Какой сопутствующей патологией страдает ребенок и что необходимо обследовать?

Задача №8.

У ребенка 9 лет с синдромом Поланда имеется дефект грудной клетки в виде отсутствия справа трех ребер, малой и большой грудных мышц и соска. Какая последовательность коррекции пороков и сроки операции?

Задача №9.

У ребенка 12 лет имеется килевидная деформация грудной клетки. От хирургического лечения родители мальчика отказываются. Какие есть возможности консервативного лечения деформации?

Задача №10.

У ребенка 5 лет выявлена воронкообразная деформация грудной клетки. Родители отказываются от хирургического лечения. Какие способы консервативной коррекции?

Тестовый контроль

2. Когда чаще всего появляются клинические признаки воронкообразной деформации грудной клетки

А. при рождении

Б. до года

В. В 3-4 года

Г. в 13-14 лет

2. когда чаще всего появляются признаки килевидной деформации грудной клетки

А. при рождении

Б. до 1 года

В. В 3-4 года

Г. в 13-14 лет

3. сочетанные пороки развития при килевидной и воронкообразной деформациях грудной клетки

А. пороки мочевыводящих путей

Б. пороки центральной нервной системы

В. Пороки кишечника

Г. синдром Марфана

4. оптимальные сроки коррекции воронкообразной деформации грудной клетки

А. при рождении


Б. до года

В. 3-4 года

Г. старше 6 лет

5. оптимальные метод коррекции воронкообразной грудной клетки

А. торакопластика по Равичу

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 145 -</p>
--	---	---	----------------

- Б. торакопластика по Нассу
- В. Торакопластика по Баирову
- Г. консервативные мероприятия


6. методы консервативной коррекции килевидной деформации грудной клетки
- А. ЛФК
 - Б. массаж
 - В. Методы постоянной компрессии
 - Г. физиотерапия

7. Синдром Поланда включает
- А. отсутствие ребер, грудных мышц, молочной железы, сколиоз, пороки развития конечностей
 - Б. воронкообразную деформацию, пороки сердца, плоскостопие
 - В. Диафрагмальную грыжу, пороки развития сердца, пороки ЦНС

8. При асфиктической торакальной дистрофии Жонэ показано
- А. ИВЛ
 - Б. торакопластика
 - В. Массаж
 - Г. ЛФК

10. При пороках развития грудины показано
- А. хирургическое лечение
 - Б. наблюдение
 - В. ЛФК
 - Б. массаж

11. Сроки оперативного лечения пороков развития грудины
- А. 1-2 года
 - Б. 5-7 лет
 - В. 12-15 лет
 - Г. до 1 мес

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 146 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 28

Тема занятия: «Синдром "острого живота у новорожденных и детей грудного возраста. Язвенно – некротический энтероколит новорожденных»

1 часть:


8. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
9. **Продолжительность:** 2 часа
10. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пациентов с некротизирующим энтероколитом.
11. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
12. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 4. Этиологию возникновения некротизирующего энтероколита.
 5. Патогенез некротизирующего энтероколита.
 6. Клиническую классификацию некротизирующего энтероколита
13. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 3. Собрать хирургический анамнез.
 4. Поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с НЭК
 5. Уметь определять стадийность процесса
14. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Дайте определение НЭК
 2. Этиология и патогенез НЭК
 3. Каковы факторы риска в развитии данного заболевания?

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пациентов с некротизирующим энтероколитом.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Симптомы, клинические проявления некротизирующего энтероколита новорожденных
 2. Основные методики обследования детей с НЭК
 3. Дополнительный перечень необходимых диагностических мероприятий пациентов с НЭК.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Проводить необходимые обследования у детей с НЭК.
 2. Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических обследований.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Классификация НЭК по стадиям.
 2. Клинические проявления НЭК в зависимости от стадии заболевания.
 3. Алгоритм лечебно-диагностических действий.

3 часть:

15. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
16. **Продолжительность:** 1,5 часа
17. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пациентов с

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 147 -</p>
--	---	---	----------------

некротизирующим энтероколитом

18. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

19. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Принципы классификации НЭК по клиническим проявлениям.
2. Принципы консервативной терапии.
3. Сроки проведения оперативных вмешательств.
4. Методики оперативных вмешательств, применяемых при НЭК.

20. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Уметь определять стадийность процесса, согласно клиническим проявлениям.
2. Определять подходящую тактику лечения.
3. Использовать хирургическую тактику у детей с НЭК и рациональные сроки лечения

21. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Тактика ведения ребенка при подтвержденном диагнозе некротизирующего энтероколита.
2. Рациональные методы хирургического лечения при НЭК.
3. Принципы реабилитации больных с НЭК, перенесших оперативное вмешательство.

9. План проведения занятия: ☺

5. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

6. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

7. Демонстрация:

8. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задания.

1. Ребенок 7 лет госпитализирован в клинику с жалобами на боль в правой половине живота, тошноту. Лейкоцитоз $5,7 \times 10^9/\text{л}$. Подобные боли возникали и раньше. В процессе наблюдения острая хирургическая патология органов брюшной полости исключена. Ваш последующий план обследования этого ребенка?

2. До приемного отделения доставлена девочка 13 лет с жалобами на интенсивные боли в животе, многократную рвоту. Заболела 12 часов тому назад, накануне отмечались погрешности в питании. При осмотре состояние девочки средней тяжести, кожа бледная, тахикардия, температура $37,8^\circ\text{C}$, язык сухой. Живот несколько вздутый, болезненный в эпигастрии и левом подреберьи. Симптомы раздражения брюшины слабо позитивные. Ваш предварительный диагноз, тактика?

3. Хирург оперировал мальчика 10 лет с клиникой острого аппендицита. Во время оперативного вмешательства в брюшной полости обнаружено большое количество мутного серозного выпота, но аппендикс морфологически мало изменен. Хирург выполнил аппендектомию и зашил брюшную полость наглухо. Правильно ли поступил хирург?



Тестовые задания.

1. Некротический энтероколит на стадии I (продромальной) характеризуется симптомами:

- А. Срыгивания желчью
- Б. Частый стул с патологическими примесями
- В. Задержка стула
- Г. Выделение крови из прямой кишки
- Д. Вздутый мягкий живот
- Е. Отсутствие перистальтики

2. Некротический энтероколит на стадии III (предперфорации) проявляется рентгенологически:

- А. Повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- Б. Локальным затемнением в брюшной полости
- В. Гидроперитониум
- Д. Свободный газ в брюшной полости

3. Некротический энтероколит на стадии IV (перфорации) проявляется рентгенологически:

- А. Повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- Б. Локальным затемнением в брюшной полости
- В. Гидроперитониум
- Д. Свободный газ в брюшной полости

4. Некротический энтероколит на стадии IV (перфорации) характеризуется симптомами:


- А. Рвота с желчью и кишечным содержимым
- Б. Стул с алой кровью
- В. Отсутствие стула и газов
- Г. Вздутие с локальной болезненностью живота
- Д. Вздутие и болезненность живота, напряжение мышц
- Е. Отсутствие перистальтики
- Ж. Отсутствие печеночной тупости

5. Некротический энтероколит на стадии II (продромальной) проявляется рентгенологически:

- А. Повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- Б. Неравномерное газонаполнение кишечника с уровнями
- В. Пневматоз кишечной стенки
- Г. Газ в портальной системе печени
- Д. Гидроперитониум
- Е. Свободный газ в брюшной полости

6. Некротический энтероколит на стадии III (предперфорации) характеризуется симптомами:

- А. Рвота с желчью и кишечным содержимым
- Б. Скучный стул с алой кровью
- В. Вздутие живота, напряжение мышц
- Г. Усиленная перистальтика
- Д. Отсутствие перистальтики
- Е. Отсутствие печеночной тупости

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 149 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 29

Тема занятия: «Синдром «рвоты молоком» у детей грудного возраста»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Изучить основные причины возникновения синдрома рвоты и срыгиваний и обучить подходам к дифференциальной диагностике и тактике ведения данных состояний у новорожденных детей.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Классификация рвоты
 2. Критерии, характеризующие рвоту
 3. Причины развития синдрома рвоты у новорожденных.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Собрать характерные жалобы и анамнез у родителей или лиц сопровождающих ребенка, семейный анамнез;
 2. Провести осмотр и объективное обследование новорожденных с врожденной синдромом рвоты;
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Определение рвоты
 2. Классификация рвоты, факторы характеризующие рвоту.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Изучить основные причины возникновения синдрома рвоты и срыгиваний и обучить подходам к дифференциальной диагностике и тактике ведения данных состояний у новорожденных детей.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Основные клинические проявления различных видов патологии.
 2. Дифференциальная диагностика синдрома рвоты у детей грудного возраста и тактика лечения
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Определить показания к дополнительным методам обследования и интерпретировать результаты;
 2. Поставить предварительный диагноз при выше перечисленной патологии в соответствии с алгоритмом диагностики;
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Пилоростеноз. Клиника. Диагностика. Показания, сроки и виды оперативного вмешательства.
 2. Псевдопилоростеноз. Причины. Клиника. Диагностика. Показания, сроки и виды оперативного вмешательства.

Часть 1

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Изучить основные причины возникновения синдрома рвоты и срыгиваний и обучить подходам к дифференциальной диагностике и тактике ведения

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 150 -</p>
--	---	---	----------------

данных состояний у новорожденных детей.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Принципы диагностики синдрома рвоты у новорожденных
2. Показания к хирургическому лечению, виды операций.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Оценить тяжесть состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики;
2. Выполнить курацию пациентов с изучаемой патологией;
3. Оформить меддокументацию;

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. ГЭР. Причины. Клиника. Диагностика. Показания, сроки и виды оперативного вмешательства.
2. Халазия и ахалазия кардии. Клиника. Диагностика. Показания, сроки и виды оперативного вмешательства

9. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задания.

Задачи.

1. Новорожденный С., 16 дней. Родился со сроком гестации 38 недель, вес 2.800.

Отмечаются признаки гипервозбудимости, плохо прибавляет в весе. Непостоянные срыгивания отмечаются с первых дней жизни. По мере нарастания объема питания усилился рвотный синдром: рвотные массы обильные, створоженным кислым содержимым, без примеси желчи, их объем не превышает количество съеденной пищи. Ребенок прибавляет в весе, но недостаточно. Стул нормальный.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования?

Ответ: пилороспазм. УЗИ, ФЭГДС.

2. Ребенок К., 12 дней. Срыгивает сразу после кормления в горизонтальном положении, обильно, часто. Нарастает слабость, адинамия, стойкий цианоз, тахикардия. При аускультации - приглушенность сердечных тонов, отдышка, крепитирующие хрипы в легких. Печень + 2,5 + 3,0 см. Эндоскопическое исследование - зияющая кардия и признаки эзофагита.

Вопрос: Ваш диагноз?

Ответ: халазия кардии.



Тестовый контроль

1. О СНИЖЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ У НЕДОНОШЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- 1) наличие срыгиваний
- 2) цианоз при кормлении
- 3) метеоризм
- 4) остаточный объем в желудке более 10% от объема предыдущего кормления
- 5) отсутствие аппетита
- 6) диарея

2. ОБЪЕКТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭЗОФАГИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) кал на дисбактериоз
- 2) рентгенологическое исследование ЖКТ с бариевой смесью
- 3) эзофагогастроскопия

3. КЛИНИКА ЭЗОФАГИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) вялостью
- 2) запорам 3) серостью кожи
- 4) желтухой
- 5) срыгиваниями желчью
- 6) срыгиваниями молоком
- 7) срыгиваниями слизью
- 8) снижением массы тела
- 9) поперхивания и кашель во время сна

3. В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) Церукал
- 2) Метронидазол
- 3) Алмагель
- 4) Мотилиум
- 5) Диакарб
- 6) Амоксициллин
- 7) Смекта

4. ДЛЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 1) контрастное вещество заполняет начальную часть пилорического отдела желудка
- 2) контрастированный желудок располагается в средостении
- 3) в положении Тренделенбурга отмечается затек бариевой взвеси в пищевод, пищевод расширен
- 4) сужение кардиального отдела пищевода, пищевод расширен

5. ДЛЯ ХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 1) контрастное вещество заполняет начальную часть пилорического отдела желудка
- 2) контрастированный желудок располагается в средостении



- 3) в положении Тренделенбурга отмечается затек бариевой взвеси в пищевод, пищевод расширен
- 4) сужение кардиального отдела пищевода, пищевод расширен
6. ХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:
- 1) Аспирацией
 - 2) Энтероколитом
 - 3) высокой кишечной непроходимостью
 - 4) запорами
 - 5) эрозивным эзофагитом
 - 6) гастритом
7. АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:
- 1) Аспирацией
 - 2) Энтероколитом
 - 3) высокой кишечной непроходимостью
 - 4) запорами
 - 5) рецидивирующей аспирационной пневмонией
 - 6) гипотрофией
8. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) витамин В1
 - 2) спазмолитики
 - 3) препараты калия
 - 4) анаболики
 - 5) элькар
 - 6) биогенные стимуляторы (алоэ и др)
 - 7) препараты кальция
9. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) витамин В1
 - 2) спазмолитики
 - 3) препараты калия
 - 4) витамины В6, В12
 - 5) элькар
 - 6) седативные препараты
 - 7) церукал
10. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) срыгивания и рвота с рождения
 - 2) рвота после второй недели жизни
 - 3) рвота створоженным молоком
 - 4) рвота с примесью желчи
 - 5) симптом «песочных» часов
 - 6) беспокойство
 - 7) гипокалиемия, гипомагниемия
 - 8) запоры
11. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПИЛОРОСПАЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) срыгивания с рождения нерегулярные



- 2) срыгивания и рвота со второй недели жизни
 - 3) рвота створоженным молоком
 - 4) рвота с примесью желчи
 - 5) рвота отсроченная
 - 6) рвота меньшим объемом
 - 7) симптом «песочных» часов
 - 8) гипокалиемия 9) живот умеренно вздут
- 12. ПРИЧИНАМИ ОСТРОГО ГАСТРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ:**

- 1) резкий перевод на искусственное вскармливание
- 2) использование пастеризованного грудного молока
- 3) неправильное приготовление смеси
- 4) применение медикаментов через рот (антибиотики, эуфиллин, противовоспалительные средства и другие)
- 5) допаивание глюкозой или кипяченой водой


6) инфекции

13. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГАСТРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- 1) частое кормление малыми дозами
- 2) снижение частоты кормлений
- 3) антациды
- 4) левомицетин через рот
- 5) регидрон
- 6) дюспаталин

14. ПРИЧИНАМИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) аномалии развития ЖКТ
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников
- 3) ВЧК, тяжелая гипоксия
- 4) гастро-дуоденальный рефлюкс
- 5) язвенно-некротический энтероколит
- 6) гипокалиемия

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 154 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 31

Тема занятия: «Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Сепсис у новорожденных. Поликлиника»

Часть 1

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: научить студентов диагностике и выбору методов диагностики тактики лечения пациентов с гнойной инфекцией мягких тканей и костей, а так же сепсиса новорожденных.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

-особенности этиологии и патогенеза гнойных воспалительных заболеваний у детей;

-острое воспаление, патогенез, клинику, принципы лечения;

-хроническое воспаление, патогенез, клинику, принципы лечения;

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

-диагностировать основные гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных;

-определять лечебную тактику при гнойно-воспалительных заболеваниях у новорожденных.

7.Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Гнойная хирургическая инфекция костей и мягких тканей у новорожденных.

2. Пути инфицирования новорождённых.

3. Факторы риска, влияющие на иммунитет новорождённого

4. Патогенез септического процесса новорождённых

Часть 2

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

6. Цель занятия: научить студентов диагностике и выбору методов диагностики тактики лечения пациентов с гнойной инфекцией мягких тканей и костей, а так же сепсиса новорожденных.

3. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

4. После изучения темы обучающиеся должны знать:

-локализованные формы гнойной хирургической инфекции: мастит, омфалит, флегмону новорожденных;

-особенности клиники, диагностики, осложнения, лечение эпифизарного и метэпифизарного остеомиелита;

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

-диагностировать основные гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных;

-определять лечебную тактику при гнойно-воспалительных заболеваниях у новорожденных.

7.Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Этиопатогенез, классификация, клиника гнойной инфекции у новорожденных.


2. Диагностика, роль лабораторной диагностики, дифференциальная диагностика гнойной инфекции у новорожденных

3. Тактика врача-педиатра, лечение, профилактика осложнений, диспансерное наблюдение.

Часть 3

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 155 -</p>
--	---	---	----------------

7. Цель занятия: научить студентов диагностике и выбору методов диагностики тактики лечения пациентов с гнойной инфекцией мягких тканей и костей, а так же сепсиса новорожденных.

3. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

4. После изучения темы обучающиеся должны знать:

- хронический остеомиелит: клинику, диагностику, лечение, осложнения;
- профилактику гнойных воспалительных заболеваний.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- диагностировать основные гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных;
- определять лечебную тактику при гнойно-воспалительных заболеваниях у новорожденных.

7.Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Алгоритм обследования новорожденных с острым гематогенным остеомиелитом, артритом, парезом п. pironeus, а также флегмоной, рожистым воспалением, адипонекрозом.
2. Разновидности сепсиса у новорожденных. Сепсис доношенных и недоношенных новорожденных.

9. План проведения занятия:☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин


2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ


Задача №1 Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 5-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на теле, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов - эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Симптом Никольского положительный. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 156 -</p>
--	---	---	----------------

ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Гемограмма на 8-е сутки: HGB 140 г/л, RBC 4,5x10¹²/л, ЦП 0,99, PLT 270x10⁹/л, WBC 17,2x10⁹/л, метамиелоциты 3%, п/ядерные 13%, с/ядерные 57%, лимфоциты 24%, моноциты 3%, СОЭ 9 мм/час. Общий анализ мочи на 8-е сутки: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. Биохимический анализ крови на 8-е сутки: общий белок 52,4 г/л, билирубин: непрямой 71 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,6 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л, фосфор 1,9 ммоль/л,

Задание: 1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром. 2. Оцените результаты дополнительных методов исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз в соответствии с современной классификацией. 5. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку? 6. Этиология и патогенез данного заболевания. 7. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании, исход? 8. Назначьте лечение.

Задача №2 Ребенок от матери, страдающей хроническим пиелонефритом с обострением во время беременности. Роды срочные, в 40 недель, безводный период 12 часов. Масса при рождении 2600 г, рост 48 см. После отсечения пуповины хирургическим путем на 2-е сутки жизни длительно отмечалось из пупочной ранки серозное, а на 5 сутки – гнойное отделяемое, пупочные тяжи четко не пальпировались. С диагнозом гнойный омфалит ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. На 15-й день жизни на фоне гиперемии кожи вокруг пупка и в паховых складках, появились трещины, затем вялые пузыри, сливающиеся между собой, которые распространялись на кожу живота, туловища. Наблюдались обширные эрозии. Положительный симптом Никольского. Общее состояние ребенка тяжелое: беспокойный, температура 38,5-39,0С, выражена интоксикация, кожа серая с желтушным оттенком, мраморный рисунок на конечностях, цианоз носогубного треугольника. Общая вялость, плохое сосание, глухость сердечных тонов, ЧСС 170 в мин., печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, селезенка у края реберной дуги, стул разжижен. Гемограмма: RBC 3,5x10¹²/л, HGB 130 г/л, WBC 18x10⁹/л, юные 2%, палочкоядерные 16%, сегментоядерные 40%, лимфоциты 30%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, СОЭ 10 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 42,4 г/л, билирубин: непрямой 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,6 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л, фосфор 1,9 ммоль/л, АСТ65 ед., АЛТ 71 ед., ЩФ 350 ед. Коагулограмма: время кровотечения по Дукке 2 мин., свертываемость крови 3 мин., ПТИ 110%, фибриноген Б+, этаноловый и протаминсульфатный тесты положительные. Иммунограмма: СРБ++, IgM0,54 г/л, IgG19 г/л. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты. Задание: 1. Перечислите имеющиеся синдромы, укажите ведущий синдром. 1. Оцените результаты дополнительных методов исследования. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз в соответствии с современной классификацией. 4. Какое дополнительное лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести данному ребенку? 5. Этиология и патогенез данного заболевания.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 157 -</p>
--	---	---	----------------

Особенности иммунного статуса у новорожденных детей, способствующие генерализации инфекционного процесса. 6. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании, исход? 7. Назначьте лечение.

Тестовые задания

Уважите все правильные ответы

1. ЧТО ВЫЗЫВАЕТ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ: а) бактерии б) грибы в) вирусы г) простейшие

2. ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО: а) недостаточный гигиенический уход б) охлаждение и перегревание в) неполноценное питание г) контакты с вирулентными возбудителями д) иммунная недостаточность

3. КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА: а) воспаление устьев эккринных потовых желез б) образование пузырьков размером до нескольких миллиметров в) пузырьки заполнены мутным содержимым г) венчик гиперемии д) пузыри дряблые е) элементы расположены на внутренних поверхностях конечностей ж) пузыри на ладонях и стопах

4. ДЛЯ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ: а) эритематозная стадия (эритема вокруг пупка, рта) б) эксфолиативная стадия с образованием самовскрывающихся пузырей в) регенеративная стадия - заживление эрозий г) образование пузырей на ладонях и стопах д) некротическая стадия

Укажите один правильный ответ

5. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: а) везикулопустулеза б) флегмоны новорожденного в) кандидоза кожи г) вирусного поражения кожи и слизистых д) эксфолиативного дерматита


6. ДЛЯ КАНДИДОЗА КОЖИ ХАРАКТЕРНЫ: а) наличие мелких пузырей и пустул на отечном эритематозном участке с фестончатыми краями б) рубцовые изменения на коже

Уважите все правильные ответы

116. КАКОВЫ КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ФЛЕГМОНЫ: а) воспаление глубоких слоев подкожной клетчатки б) тромбоз кровеносных сосудов, питающих пораженные участки в) развитие некроза подкожно-жировой клетчатки г) положительный симптом Никольского д) образование многокамерных пузырей

7. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ФЛЕГМОНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ: а) некроз мягких тканей б) глубокие рубцовые изменения в) развитие сепсиса г) развитие парезов, параличей д) развитие панкреатита

8. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: а) цефалоспорины б) амикацин в) ванкомицин г) ампициллин д) тетрациклин

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 158 -</p>
--	---	---	----------------

9. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПРИ КОТОРЫХ ПОКАЗАНА АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ: а) везикулопустулез б) вирусное поражение кожи в) кандидоз кожи г) эксфолиативный дерматит Риттера д) флегмона е) псевдофурункулез Фигнера

Укажите все правильные ответы

10. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПУПОЧНЫХ СОСУДОВ ВЫДЕЛЯЮТ: а) флебит б) артериит в) гнойный омфалит г) грибок пупка

11. В КЛАССИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ПУПОЧНОЙ РАНКИ ВЫДЕЛЯЮТ : а) катаральный омфалит б) гнойный омфалит в) флегмонозный омфалит г) некротический омфалит д) уракус

12. ДЛЯ ГНОЙНОГО ОМФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ: а) бактериальное воспаление дна пупочной ранки б) воспаление пупочного кольца в) воспаление пупочных сосудов г) пузыри над лобком д) увеличение лимфатических паховых узлов

Укажите один правильный ответ

13. ДЛЯ ТРОМБОФЛЕБИТА ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРНЫ: а) пальпация эластичного тяжа над пупком б) гиперемия передней брюшной стенки в) вздутие живота г) гематурия


Укажите все правильные ответы

14. ДЛЯ ПЕРИФЛЕБИТА И ПЕРИАРТЕРИИТА ХАРАКТЕРНЫ: а) пальпация тяжа ниже пупочного кольца б) положительный симптом Краснобаева в) при пальпации пораженных сосудов на дне пупочной ранки появляется гной г) парез кишечника д) гиперемия передней брюшной стенки

15. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА ХАРАКТЕРНО: а) задержка мумификации пупочного остатка б) цвет грязно-бурый, с отеком в) гнилостный запах г) нарастание общеинтоксикационного синдрома д) тяжелая внутриутробная гипоксия е) полицитемический синдром

16. ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ, ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ, ПУПОЧНОГО КАНАТИКА ПОКАЗАТЕЛЯМИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЮТСЯ: а) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево б) повышение СРБ, диспротеинемия в) при посеве выделение патогенной флоры


17. ДЛЯ ГРЫЖИ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА ХАРАКТЕРНО: а) расширение пупочного кольца б) содержимое грыжи - брыжейка или складки тонкого кишечника в) увеличение грыжевого выпячивания при плаче г) наличие кишечных шумов д) пальпация пупочной вены, артерии е) положительный симптом Краснобаева

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 159 -</p>
--	---	---	----------------

18. ПОЛНЫЙ КИШЕЧНЫЙ СВИЩ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) поздним отпадением пупочного остатка б) выделением кишечного содержимого из пупочной ранки в) выделением гноя из пупочной ранки г) выделением серозной жидкости из пупочной ранки

19. ДЛЯ НЕЗАРАЩЕННОГО УРАХУСА ХАРАКТЕРНО:

а) длительно мокнущий пупок до 2 недель б) при надавливании над лобком серозное содержимое дна пупочной ранки увеличивается в) положительный симптом Краснобаева г) отек и гиперемия пупочного кольца д) выраженная венозная сеть передней брюшной стенки

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 160 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие № 32

Тема занятия: «Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных»

Часть 1


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Выучить диагностику, дифференциальную диагностику, особенности течения пороков развития передней брюшной, обосновать тактические принципы лечения у детей.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Классификацию пороков развития передней брюшной стенки у детей
 2. Клинику и диагностику пороков развития передней брюшной стенки у детей и обосновать тактические принципы консервативного и оперативного лечения у детей
 3. Дифференциальную диагностику, особенности хода разных форм пороков развития передней брюшной стенки у детей .
 4. Методика лечения.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Обнаружить основные клинические признаки патологий, которые рассматриваются на занятии.
 2. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Омфалоцеле. Клинические проявления.
 2. Диагностика и дифференциальная диагностика омфалоцеле. Лечение.

Часть 2

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** Выучить диагностику, дифференциальную диагностику, особенности течения пороков развития передней брюшной, обосновать тактические принципы лечения у детей.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Классификацию пороков развития передней брюшной стенки у детей
 2. Клинику и диагностику пороков развития передней брюшной стенки у детей и обосновать тактические принципы консервативного и оперативного лечения у детей
 3. Дифференциальную диагностику, особенности хода разных форм пороков развития передней брюшной стенки у детей .
 4. Методика лечения.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Провести дифференциальную диагностику.
 2. Составить программу дополнительных методов обследования.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия:**
 1. Гастрошизис. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
 2. Показания к консервативному лечению.

Часть 3

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 161 -</p>
--	---	---	----------------

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Выучить диагностику, дифференциальную диагностику, особенности течения пороков развития передней брюшной, обосновать тактические принципы лечения у детей.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Классификацию пороков развития передней брюшной стенки у детей
2. Клинику и диагностику пороков развития передней брюшной стенки у детей и обосновать тактические принципы консервативного и оперативного лечения у детей
3. Дифференциальную диагностику, особенности хода разных форм пороков развития передней брюшной стенки у детей .
4. Методика лечения.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Обосновать медикаментозное лечение.
2. Показания к оперативному вмешательству.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Предоперационная подготовка и ведение больных в послеоперационном периоде.
2. Методы оперативного лечения. Способы пластики передней брюшной стенки.

9. План проведения занятия: ☺

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.

Задача 1. У ребенка в первые часы после рождения на передней брюшной стенке обнаружено грижевое выпячивание размером 10x12см. Оболочки выпячивания размещены в проекции пупка, над дефектом передней брюшной стенки. Часть органов брюшной полости находится в оболочках пуповины. Ваш диагноз и тактика?

Ситуационная задача №1.Эталон ответа-У ребенка эмбриональная грыжа пупочного канатика. больших размеров.Лечение консервативное


Задача 2. У новорожденного доношенного ребенка после рождения обнаруженная грыжа пупочного канатика размером 6x8см без сопровождающих пороков развития заболеваний. Ваша тактика?

Ситуационная задача №2.Эталон ответа- У ребенка можно использовать операцию по Гроссу.

Задача 3. У ребенка после рождения отмечается в участке пупка выпячивание округлой формы размером 1,5x1,5см. В спокойном состоянии и лежащем положении ребенка грижевое выпячивания легко вправляется в брюшную полость и хорошо пальпируется пупочное кольцо. Ваш диагноз и тактика?

Ситуационная задача №3.

Эталон ответа-У ребенка врожденная пупочная грыжа.Оперативное лечение- в 1.5-2 года.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 162 -</p>
--	---	---	----------------

Ситуационная задача №4

У ребенка рожденного от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, преждевременных родов, обнаружено расширение пупочного кольца, через которое выбухают кишечные петли, покрытые пуповинными оболочками. Состояние после рождения тяжелое, вял, кожные покровы розовые, акроцианоз, дыхание до 54 в мин, сердечные тоны приглушены, до 152 в мин., печень +4см.

Вес ребенка 3800 на первые сутки жизни, рН-7,21, рСО₂-40, ВЕ- -13, Нб- 220г/л, Нt-72%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л, сахар 2,5ммоль/л.

Ваш предварительный диагноз, условия транспортировки ребенка из родильного дома, план обследования и лечения.

Ситуационная задача №5.

У ребенка рожденного от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, преждевременных родов обнаружен дефект брюшной стенки слева от пуповины, через который эвентрированы отечные, покрытые фибрином кишечные петли.

Состояние после рождения тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, дыхание до 48 в мин, сердечные тоны приглушены, до 160 в мин.,

Вес ребенка 2200г. на первые сутки жизни, рН-7,29, рСО₂-40, ВЕ- -6, Нб- 156г/л, Нt-65%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л, мочевины 12,5ммоль/л.

Ваш предварительный диагноз, условия транспортировки ребенка из родильного дома, план обследования и лечения.

Тестовые вопросы.

- Какая патология требует после рождения ребенка, неотложного перевода в хирургическое отделение, при пороке развития, который диагностировали перед родами при ультразвуковом исследовании.
 - Гастрошизис
 - Асимметрия лица
 - Деформация хребта
 - Полидактилия
 - Отсутствие одной почки
- Каждое из следующих положений об эмбриональной грыже пупочного канатика верно, кроме:
 - Грыжа должна быть обязательно закрыта мышцами брюшной стенки и кожей.
 - Грыжевой мешок состоит из брюшины и амниотических тканей
 - В состав грыжевого содержимого может входить печень
 - Требует неотложной хирургической помощи
 - В некоторых случаях может лечиться консервативно
- Укажите, к возникновению какого из следующих патологических состояний приводит многоводие у матери.
 - Ничего из сказанного
 - Врожденное заболевание сердца
 - атрезия желчных ходов
 - кистофиброз поджелудочной железы
 - гидроцефалия
- У новорожденного с весом 2150 г. справа от пуповины, через дефект передней брюшной стенки (до 3 см), эвентрация петель тонкого и толстого кишечника. Стенка



кишки розовая, с незначительным отеком, местами покрытая фибрином. Какой достоверный диагноз?

- А. Гастрошизис
- В. Омфалоцеле
- С. Травматический разрыв брюшной стенки
- Д. Пупочная грыжа.

5. У новорожденной девочки с весом 3200 г отмечается расширение пупочного кольца до 5 см, в оболочках пуповины просвечиваются петли кишок, край печенки. Какой вероятный диагноз?

- А. Омфалоцеле
- В. Гастрошизис
- С. Пупочная грыжа
- Д. Дупликация кишки.

6. Грыжевой мешок при грыже пупочного канатика представлен:

- А. Растянутыми амниотическими оболочками
- В. Растянутой брюшиной, кожей и апоневрозом
- С. Амниотическими оболочками, расщепленными мышцами передней брюшной стенки, брюшиной
- Д. Первичной брюшиной, амниотическими оболочками, вартоновым студнем
- Е. Брюшиной, амниотическими оболочками, кожей

7. Возникновение грыжи пупочного канатика связано:

- А. С нарушением координации роста брюшной полости, роста кишечной трубки и поворота кишечника
- В. С повышенным давлением в брюшной полости
- С. С короткой пуповиной
- Д. С патологией родов
- Е. С необлитерацией желточного протока

8. У новорожденных с эмбриональной грыжей часто встречается синдром:


- А. Поланда
- В. Каудальной регрессии
- С. Видемана-Беквита
- Д. Эллерса-Данлоса
- Е. Опица-Смита-Лемли

9. Для фунгуса пупка является характерным:

- А. Серозные выделения из пупочной ямки
- В. Разрастание грануляционной ткани на дне пупочной ямки
- С. Наличие опухоли красного цвета
- Д. Положительный симптом Краснобаева
- Е. Наличие свищевого хода

10. Непроходимость кишечника у детей с грыжей пупочного канатика малых размеров чаще связана:

- А. С нарушением нормального поворота средней кишки
- В. С ущемлением кишки в грыжевых воротах

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 164 -</p>
--	---	---	----------------

- C. Со случайной перевязкой кишки у основания пуповины
- D. Сращением петли кишки с грыжевым мешком
- E. Со всем вышеперечисленным

11. К осложнениям грыжи пупочного канатика относятся все, кроме:

- A. Разрыва грыжевых оболочек
- B. Инфицирования грыжевого мешка
- C. Эвентрации кишок
- D. Кровотечения из области грыжевых ворот и грыжевых оболочек
- E. Контактного перитонита

12. Перед транспортировкой новорожденного с грыжей пупочного канатика необходимо выполнить все манипуляции, кроме:

- A. наложения на грыжевое выпячивание асептических салфеток с раствором антибиотика и фиксирования салфеток стерильным бинтом
- B. парентерального введения антибиотика
- C. создания оптимальных условий (транспортный кювез, кислородотерапия)
- D. парентерального введения викасола
- E. обеспечения дозированного зондового питания

13. Определяющим в выборе лечения при грыже пупочного канатика является все, кроме:

- A. Размеров грыжи
- B. Состояния грыжевых оболочек
- C. Наличия необлитерированного желточного протока
- D. Сочетанных пороков органов и систем
- E. Состояния грыжевых ворот

14. На выбор тактики при грыже пупочного канатика влияют:

- A. Сопутствующие тяжелые пороки развития
- B. Размеры грыжи и сопутствующие тяжелые пороки развития
- C. Пол ребенка
- D. Размеры пупочного кольца
- E. Возраст

15. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:

- A. Перитонит;
- B. Сепсис;
- C. Тяжелый сочетанный порок развития;
- D. Пневмония;
- E. Нарушение гемостаза.

Правильные ответы: 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а, 6-д, 7-а, 8-а, 9-в, 10-с, 11-д, 12 –е, 13-е, 14-в



Тема № 33

Тема занятия: «Аноректальные пороки развития у новорожденных»

1 часть:


22. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
23. **Продолжительность:** 1,5 часа
24. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
25. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
26. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
7. Определение, эмбриогенез аноректальных мальформаций.
 8. Классификация аноректальных мальформаций
27. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
6. собрать хирургический анамнез.
 7. проводить необходимые обследования у детей аноректальными мальформациями;
28. **Контрольные вопросы по теме занятия**
1. Определение аноректальных мальформаций.
 2. Анатомия, эмбриогенез.
 3. Классификация аноректальных мальформаций.

2 часть:

1. **1.Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
1. Клиника и первичная диагностика аноректальных мальформаций
 2. Выбор тактики при аноректальных мальформациях.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
3. Поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с аноректальными мальформациями.
 4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
1. Современные методы, используемые для диагностики аноректальных мальформаций.
 2. Клиника и первичная диагностика аноректальных мальформаций.
 3. Осложнения, наиболее часто встречающиеся при аноректальных мальформациях.

3 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1,5 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
1. Хирургическое лечение аноректальных мальформаций.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 166 -</p>
--	---	---	----------------

2. Послеоперационное лечение аноректальных мальформаций.
6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:
 1. Использовать хирургическую тактику у детей с аноректальными мальформациями и рациональные сроки лечения, указать на показания для оперативного вмешательства.
 2. Составлять программу реабилитации пациентов, прошедших оперативное лечение

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Хирургическое лечение аноректальных мальформаций (промежностного свища, вестибулярного свища, ректоуретрального свища, персистирующей клоаки, анального стеноза.)
2. Послеоперационное лечение аноректальных мальформаций.

9. План проведения занятия:

9. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

10. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

11. **Демонстрация:**


12. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задача 1. Больная К. 3 часа с момента рождения, родилась у матери 19 лет, с массой тела 2100г, длина тела 45 см., в возрасте 32 недель. В родах: раннее отхождение околоплодных вод, безводный период 6 ч., обвитие пуповиной, оценка по шкале Апгар 5 баллов. На момент осмотра кожные покровы умеренно синюшные, рефлексы ослаблены, двигательная активность снижена, дыхание самостоятельное, сатурация в пределах 90 % , в участке темечка кефалогематома до 4 см в диаметре, мочевыделение 2,0мл, отхождение мекония из половой щели, скудное, задний проход отсутствует, вестибулярного свища не выявлено.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите степень недоношенности
3. План обследования.
4. Методика проведения инвертограммы по Вангестину
5. Тактика лечения.

Задача 2. На 4 сутки послеоперационного периода у ребенка, который был прооперирован по поводу аноректального порока развития- ректопромежного свища с момента рождения, методом минимальной задней сагитальной аноректопластики отмечено покраснение и отек послеоперационной раны, серозно-гнойные выделения из под швов повышение температуры тела до 37,8°C, уменьшение отхождения мекония, отмечается умеренное вздутие живота, отхождение по назогастральному зонду светлого желто-зеленого содержимого в незначительном количестве, до 7 мл. через сутки. Ребенок родился в срок 34-35 недель, с весом тела 3000г, длина - 51 см, без признаков гипоксии.

1. О каком осложнении в послеоперационном периоде следует подумать?
2. Какие методы обследования необходимо провести?
3. Какие лечебные мероприятия нужно провести?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 167 -</p>
--	---	---	----------------


4. Что положено в основу классификации аноректальных пороков развития?
5. Какие изменения при внутреутробном УЗИ плода свидетельствуют о наличии аноректальных пороков развития?

Задача 3. У ребенка Г. на 3 сутки после рождения, при нормально сформированном заднем проходе самостоятельные испражнения отсутствуют. Постановка очистительных клизм малоэффективна. Живот вздут, видима перистальтика кишечника, по назогастральному зонду выделяется до 25 мл. содержимого, темнозеленого цвета. С первых дней жизни скудно выделялся меконий из прямой кишки- до 2-3 мл. Общее состояние тяжелое, одышка до 65 в 1 мин., тахикардия - 160 за 1 мин.

1. Какой врожденный порок развития необходимо заподозрить у пациента?
2. Какое обследование необходимо выполнить у этого ребенка?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое хирургическое вмешательство целесообразней провести при подтверждении диагноза?
5. В послеоперационном периоде какие могут возникнуть осложнения?

Задача 4. Девочка на третьи сутки после рождения доставлена в клинику в связи с отсутствием анального отверстия. Мочеиспускание не нарушено, из половой щели периодически выделяется небольшое количество мекония. При осмотре промежности и беспокойстве ребенка положительный "симптом толчка", при раздражении анальной ямки заметно сокращение внешнего сфинктера.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какой наиболее достоверный метод диагностики даст возможность установить анатомический вариант порока развития?
3. Какой метод лечения способствует полному испражнению толстого кишечника в период новорожденности?
4. Определить сроки радикального оперативного лечения при отсутствии анального отверстия?
5. Назовите наиболее рациональный метод оперативного вмешательства при этом пороке развития?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 168 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие №34

Тема занятия: «Синдром боли в животе»

Часть 1.

8. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

9. Продолжительность: 2 часа

10. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с болями в животе, проводить дифференциальную диагностику, назначить лечение.

11. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

12. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Частоту инвагинаций кишечника. Анатомо-физиологические особенности илеоцекального отдела кишечника у детей грудного возраста. Алиментарные и механические причины инвагинации (нарушение возрастного пищевого режима, меккелевский дивертикул, лимфоаденопатия илиоцекальной области).

2. Патогенез инвагинации: изоперистальтическое внедрение кишки, нескоординированная перистальтика, ущемление и нарушение кровоснабжения кишок, расширение венул и диапедезное кровотечение, сочетание странгуляции и обтурации, некроз инвагината.

3. Формы внедрения: подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, тонкокишечная, толстокишечная инвагинации.

4. Стадии клинического течения: начальных признаков – приступообразные боли со светлыми промежутками, беспокойство ребёнка, рвота, кровь в прямой кишке, инвагинат в брюшной полости; выраженных клинических признаков - приступообразные боли со светлыми промежутками, беспокойство ребёнка, многократная рвота, задержка стула и газов, кровь в прямой кишке, инвагинат в брюшной полости, симптом Данса; начинающихся осложнений - рвота, вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, кишечное кровотечение, повышение гематокрита, гиповолемия, нарушение водно- электролитного обмена; тяжёлых осложнений – осложнения со стороны брюшной полости и гомеостаза.

5. Диагностику инвагинации: пальпация живота – пальпируемый инвагинат и симптом Данса, пальцевое ректальное обследование – «малиновое желе», сонография – инвагинат (псевдопочка) и признаки илеуса, обзорная рентгенография брюшной полости – снижение газонаполнения тонкой кишки, гомогенная тень инвагината, дислокация и вздутие петель кишечника, уровни жидкости.

6. Консервативное лечение инвагинации: введение воздуха в толстую кишку. Хирургическое лечение инвагинации: лапароскопия и дезинвагинация, лапаротомия и дезинвагинация.

13. После изучения темы обучающиеся должны уметь:


1. Собрать анамнез заболевания у родителей и пациента с кишечной непроходимостью. Знать трудности и особенности диагностики кишечной непроходимости – сравнительная, «дозированная» пальпация живота, осмотр ребёнка в естественном и медикаментозном сне, ректальное исследование, диагностическую и лечебную лапароскопию.

2. Правильно сформировать диагноз и показания к консервативному и хирургическому лечению больных со спаечной кишечной непроходимостью.

3. Определять продолжительность консервативных мероприятий. Знать предоперационную подготовку: коррекцию водно-электролитного баланса, дезинтоксикационную терапию, специфическую терапию.

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Частота инвагинаций кишечника.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 169 -</p>
--	---	---	----------------

2. Этиология и патофизиология инвагинации кишечника.
3. Классификация инвагинации кишечника.
4. Стадии клинического течения инвагинации кишечника.
5. Особенности диагностики инвагинации кишечника.
6. Консервативное лечение инвагинации кишечника.
7. Хирургическое лечение инвагинации кишечника.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с болями в животе, проводить дифференциальную диагностику, назначить лечение.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Частоту инвагинаций кишечника. Анатомо-физиологические особенности илеоцекального отдела кишечника у детей грудного возраста. Алиментарные и механические причины инвагинации (нарушение возрастного пищевого режима, меккелевский дивертикул, лимфоаденопатия илиоцекальной области).

2. Патогенез инвагинации: изоперистальтическое внедрение кишки, нескоординированная перистальтика, ущемление и нарушение кровоснабжения кишок, расширение венул и диапедезное кровотечение, сочетание странгуляции и обтурации, некроз инвагината.

3. Формы внедрения: подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, тонкокишечная, толстокишечная инвагинации.

4. Стадии клинического течения: начальных признаков – приступообразные боли со светлыми промежутками, беспокойство ребёнка, рвота, кровь в прямой кишке, инвагинат в брюшной полости; выраженных клинических признаков - приступообразные боли со светлыми промежутками, беспокойство ребёнка, многократная рвота, задержка стула и газов, кровь в прямой кишке, инвагинат в брюшной полости, симптом Данса; начинающихся осложнений - рвота, вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, кишечное кровотечение, повышение гематокрита, гиповолемия, нарушение водно- электролитного обмена; тяжёлых осложнений – осложнения со стороны брюшной полости и гомеостаза.

5. Диагностику инвагинации: пальпация живота – пальпируемый инвагинат и симптом Данса, пальцевое ректальное обследование – «малиновое желе», сонография – инвагинат (псевдопочка) и признаки илеуса, обзорная рентгенография брюшной полости – снижение газонаполнения тонкой кишки, гомогенная тень инвагината, дислокация и вздутие петель кишечника, уровни жидкости.


6. Консервативное лечение инвагинации: введение воздуха в толстую кишку. Хирургическое лечение инвагинации: лапароскопия и дезинвагинация, лапаротомия и дезинвагинация.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Собрать анамнез заболевания у родителей и пациента с кишечной непроходимостью. Знать трудности и особенности диагностики кишечной непроходимости – сравнительная, «дозированная» пальпация живота, осмотр ребёнка в естественном и медикаментозном сне, ректальное исследование, диагностическую и лечебную лапароскопию.

2. Правильно сформировать диагноз и показания к консервативному и хирургическому лечению больных со спаечной кишечной непроходимостью.

3. Определять продолжительность консервативных мероприятий.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 170 -</p>
--	---	---	----------------

Знать предоперационную подготовку: коррекцию водно-электролитного баланса, дезинтоксикационную терапию, специфическую терапию.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Формы клинического течения спаечной кишечной непроходимости.
2. Особенности диагностики спаечной кишечной непроходимости.
3. Консервативное лечение спаечной кишечной непроходимости.
4. Хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости.

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Тестовый контроль и ситуационные задачи

1. Инвагинация относится к непроходимости:

- a) Спастической.
- b) Паралитической.
- c) Обтурационной.
- d) Странгуляционной.
- e) Смешанной.

2. При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте показана следующая хирургическая тактика:


- a) Проведение консервативных мероприятий по разрешению непроходимости.
- b) Экстренная операция.
- c) Предпочтительная операция « в холодном периоде».
- d) Динамическое наблюдение.

3. Для диагностики острой кишечной непроходимости используют: a) Ангиография. b) Лабораторные исследования.

- c) Аускультацию живота.
- d) Обзорную рентгенографию брюшной полости.
- e) Пальцевое исследование прямой кишки.

4. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

- a) Завороте.
- b) Узлообразовании.
- c) Инвагинации.
- d) Динамической непроходимости.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 171 -</p>
--	---	---	----------------

е) Обтурации желчным камнем.

5 Ранним симптомом Обтурационной толстокишечной непроходимости является:

- a) Постоянные боль в животе.
- b) Задержка стула и газов.
- c) Рвота цвета «кофейной гущи».
- d) Мелена.

6. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производиться:

- a) Обзорная рентгенография брюшной полости.
- b) Дуоденальное зондирование.
- c) Эзофагогастродуоденоскопия.
- d) Лапароскопия.
- e) Биохимический анализ крови.

7. Боли, характерные для обтурационной кишечной непроходимости:

- a) Постоянные.
- b) Схваткообразные.
- c) Опоясывающие.
- d) Ноющие.

8. Двумя ведущими симптомами кишечной непроходимости являются:

- a) Асимметрия живота.
- b) Вздутие живота.
- c) Отсутствие стула и газов.
- d) Выделение крови из прямой кишки.
- e) Рвота с патологическими примесями.

9. Наиболее рациональное положение больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника:


- a) Не левом боку
- b) На правом боку
- c) Лежа
- d) Вертикальное

10. Наиболее характерный признак для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости:

- a) Большой газовый пузырь желудка.
- b) Множественные мелкие уровни.
- c) Наличие большого количества жидкости в брюшной полости.
- d) Свободный газ в брюшной полости.
- e) Единичные широкие уровни.

11. Наиболее характерные признаки механической непроходимости кишечника, выявляемые при обзорной рентгенографии брюшной полости:

- a) Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- b) Большой газовый пузырь желудка

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 172 -</p>
--	---	---	----------------

- с) Множественные мелкие уровни
- d) Свободный газ в брюшной полости
- e) Единичные широкие уровни

12. Консервативную терапию при ранней спаечной непроходимости следует проводить в течение _____ часов.

- a) ...3-6...
- b) ...6-12...
- c) ...12-24...
- d) ...48-72...

17. Консервативную терапию при поздней спаечной непроходимости следует проводить в течение _____ часов.

- a) ...3-6...
- b) ...6-12...
- c) ...12-24...
- d) ...24-48...
- e) ...48-72...

18. Наиболее частой причиной тонкотонкокишечной инвагинации является...

- a) возрастная дискоординация перистальтики.
- b) изменение или нарушение режима питания.
- c) диспепсия.
- d) респираторно-вирусная инфекция.
- e) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).


Ситуационные задачи

1 У ребенка 5 мес. Внезапно появились приступообразные боли в животе, многократная рвота, задержка стула и газов. При осмотре живот мягкий, в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное. При исследовании через прямую кишку на пальце следы крови. Диагноз? Тактика педиатра и хирурга?

2. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 мес. С диагнозом: инвагинация кишок, с момента заболевания прошло 10 часов. Выберите тактику лечения этого ребенка? Опишите методику консервативного лечения инвагинации кишок?

3. Ребенок 3 лет, ранее, полгода назад, был оперирован по поводу перитонита аппендикулярной этиологии. Внезапно начались боли в животе, частая рвота, вначале желудочным содержимым, затем с примесью желчи, задержка отхождения газов, отсутствие стула. Поступил в приемный покой детского отделения через 10 часов с момента. Диагноз? Какова лечебная тактика хирурга?

4. В приемный покой доставлен ребенок 4 мес. Со стафилококковой пневмонией. У ребенка в течение двух дней нет стула, газы не отходят. Несколько раз была рвота желудочным содержимым, с примесью желчи. Живот резко вздут, напряжен. На обзорной

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 173 -</p>
--	---	---	----------------

рентгенограмме органов брюшной полости – равномерно раздутые газом петли кишечника. Ваш диагноз? Дальнейшая лечебная тактика?

5. У ребенка 5 мес. Внезапно появилось беспокойство, плачет, стучит ножками. Была однократная рвота. Подобное состояние продолжалось 10-12мин, затем ребенок успокоился и заснул. Через некоторое время вновь повторился подобный приступ. Живот умеренно 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 кровь. Диагноз?

Ответы


1. Диагноз – инвагинация кишок. Педиатр должен срочно направить ребенка в хирургическое отделение. Хирург выбирает тактику лечения в зависимости от клиники заболевания, его длительности (при сроке до 12 часов и отсутствии признаков раздражения брюшины показана попытка консервативной дезинвагинации.)

2. Судя по сроку заболевания, этому ребенку можно назначить консервативное лечение инвагинации. Через резиновый зонд в прямую кишку баллоном Ричардсона вводят воздух до появления тени инвагината, увеличивают давление и следят за расправлением инвагината. Лучше использовать резиновый зонд с [обтуратором ампулы прямой кишки](#), позволяющий создать в толстой кишке давление 40-70мм.рт.ст.

5. Спаечная кишечная непроходимость. Необходимо проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости. Попытаться устранить непроходимость консервативными методами: очистительная клизма, спазмолитики, гипертонические растворы хлорида натрия и кальция внутривенно, паранефральная новокаиновая блокада. Если непроходимость не разрешилась, необходимо оперативное лечение.

4. Динамическая кишечная непроходимость. Лечение консервативное: постоянный желудочный зонд, газоотводная трубка, гипертоническая клизма, клизма по Огневу, введение прозерина, гипертонические растворы хлорида натрия и кальция внутривенно, глюкозы внутривенно, новокаиновые блокады (пресакральная, паранефральная), В особо тяжелых случаях – катетеризация перидурального пространства и проведение продленной перидуральной анестезии.

6. Инвагинация кишечника.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 174 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие №35

Тема занятия: «Синдром "пальпируемой опухоли»

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 2 часа

3. Цель занятия: Уметь поставить предварительный диагноз у детей с пальпируемой опухолью в животе, проводить дифференциальную диагностику, назначить лечение.

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Особенности клинических проявлений неопухолевых объемных образований в животе у детей.

2. Объем клинического, лабораторного обследования.

3. Показания к обследованию и методики обследования детей с объемными образованиями в животе.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. Собрать анамнез заболевания у родителей и пациента объемным образованием в брюшной полости у детей.

2. Знать особенности дифференциальной диагностики острыми процессами в животе.

3. . Правильно сформировать диагноз и показания к консервативному и хирургическому лечению больных с объемным образованием в животе..

4. Знать основные принципы хирургического лечения детей с объемными образованиями в животе непроходимости.

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Киста общего желчного протока. Классификация. Основные клинические проявления. Дифференциальная диагностика синдрома холестаза. Роль визуализирующих методов диагностики. Показания и сроки оперативного лечения. Виды операций.

2. Энтерокистома. Причины развития. Особенности клинического течения. Показания к оперативному лечению, сроки, виды оперативных пособий.

3. Киста яичника. Этиология. Клиническая картина. Тактика врача педиатра при обнаружении кист яичника. Показания и сроки оперативного лечения.

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Тестовый контроль.

1. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а увеличение живота

б подвижность образования



в отек брюшной стенки
г усиление перистальтики кишечника

2. ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а тератомы
- б энтерокистомы
- в ганглионевромы
- г лимфангиомы
- д солитарные кисты
- е пороки развития

Дополнить

**3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, СВЯЗАННЫЕ С -----**

**60. ВЫСОКУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ОБЪЕМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ИМЕЕТ ВЫПОЛНЕННОЕ ИНТРАНАТАЛЬНО -----**

Укажите правильный ответ

**4. ОБСЛЕДОВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА
С СИНДРОМОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С**

- а обзорной рентгенографии брюшной полости
- б Экскреторную урографию
- в УЗИ
- г Компьютерную томографию


Установить правильное соответствие

**5. У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА С СИНДРОМОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НЕОБХОДИМО**

ПАТОЛОГИЯ	ТАКТИКА
1 Мультикистоз	а симптоматическое лечение
2 Поликистоз	б нефрэктомия
3 Простой гидронефроз	в операция Кучера
4 Уретерогидронефроз с стенозом	г операция Коэна
5 Уретерогидронефроз с рефлюксом	д консервативное с катетери- зацией мочевого пузыря
6 Пиелозктазия	е операция Грегуара
	ж наблюдение
	з лечения не требует

6. ПРИ СИНДРОМЕ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА 21 ДНЯ

ПАТОЛОГИЯ	ТАКТИКА
1 опухоль Вильмса	а нефрэктомия
2 гематома надпочечника	б симптоматическое
3 тератома	в дренирование
4 поликистоз	г удаление образования

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 176 -</p>
--	---	---	----------------

5 гидронефроз

- д наблюдение
- е сегментарная резекция
- ж реконструктивная операция

Укажите правильный ответ

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЬШИХ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а разрыв печени
- б кровотечение
- в дыхательная недостаточность
- г тромбоцитопения

8. КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ ГЕПАТОБЛАСТОМ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ В ПЛАНЕ ПРОГНОЗА

- а фетальный
- б эмбриональный
- в макротрабекулярный
- г недифференцированный

66. КАКОЙ ГЛАВНЫЙ МАРКЕР ГЕПАТОБЛАСТОМ


- а С- реактивный белок.
- б 17- Кетостероиды
- в Альфа- фетопротейн
- г Ацетилхолинэстераза

9. ДЛЯ КИСТЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА СУЩЕСТВУЕТ КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ

- а рвота, ахоличный стул, гипертермия.
- б желтуха, рвота, опухолевидное образование в животе
- в боли в животе, рвоты, ахоличный стул
- г боли в животе, желтуха, опухолевидное образование брюшной полости

10. КАКИЕ КИСТЫ БРЫЖЕЙКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- а хилезные
- б кисты с серозным содержимым
- в дермоидные
- г паразитарные (эхинококк)

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 177 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие №36

Тема занятия: «Хронические запоры у детей»

Часть 1.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Конкретизировать представления студентов о причинах хронических запоров у детей, принципах дифференциальной диагностики функциональных нарушений работы кишечника, понятии аганглиоза и гипоганглиоза толстой кишки (болезни Гиршпрунга).

4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

- * анатомо-физиологические особенности дистального отдела толстой кишки у детей
- * этиопатогенез болезни Гиршпрунга
- * клиническую картину, и методы обследования при болезни Гиршпрунга
- * дифференциальную диагностику хронических запоров у детей

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- * обрать и оценить жалобы ребенка и родителей
- * правильно собрать и оценить анамнез заболевания при хронических запорах
- * провести клиническое обследование ребенка с подозрением на болезнь Гиршпрунга
- * построить диагностическую программу при подозрении на болезнь Гиршпрунга
- * обосновать диагноз болезни Гиршпрунга
- * провести дифференциальную диагностику с прочими причинами хронических запоров
- * оценить возможности консервативной терапии при болезни Гиршпрунга
- * поставить показания к оперативному лечению

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, эмбриология порока. Сочетанные аномалии (кристопатии). Основные клинические синдромы. Классификация.

2. Особенности предоперационной подготовки. Методика выполнения сифонной клизмы. Осложнения сифонной клизмы и методы борьбы с ним.

Часть 2.

1. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

2. Продолжительность: 1,5 часа

3. Цель занятия: Конкретизировать представления студентов о причинах хронических запоров у детей, принципах дифференциальной диагностики функциональных нарушений работы кишечника, понятии аганглиоза и гипоганглиоза толстой кишки (болезни Гиршпрунга).


4. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

- * анатомо-физиологические особенности дистального отдела толстой кишки у детей
- * этиопатогенез болезни Гиршпрунга
- * клиническую картину, и методы обследования при болезни Гиршпрунга
- * дифференциальную диагностику хронических запоров у детей

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

- * обрать и оценить жалобы ребенка и родителей
- * правильно собрать и оценить анамнез заболевания при хронических запорах
- * провести клиническое обследование ребенка с подозрением на болезнь Гиршпрунга
- * построить диагностическую программу при подозрении на болезнь Гиршпрунга
- * обосновать диагноз болезни Гиршпрунга
- * провести дифференциальную диагностику с прочими причинами хронических запоров

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 178 -</p>
--	---	---	----------------

* оценить возможности консервативной терапии при болезни Гиршпрунга

* поставить показания к оперативному лечению

7. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Показания к наложению колостомы. Сроки и способы наложения. Особенности ухода за колостомой. Виды радикальных вмешательств.

2. Хронический кишечный колостаз. Понятие, причины. Роль врожденных пороков развития. Поведенческий фактор. Методы лечения. Осложнения.

8. План проведения занятия:

1. **Организационный момент** (проверка явки студентов) - 1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.

3. **Демонстрация:**

4. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Ситуационные задачи

Задача 1.

У мальчика М., 8 лет, с болезнью Гиршпрунга и выраженной интоксикацией было проведено предоперационное обследование, которое выявило, в частности, что нижняя граница осмотической резистентности эритроцитов (ОРЭ) составила 0,47 % р-ра NaCl, обнаружен свободный гемоглобин в плазме — 0,38 г/л.

После оперативного вмешательства (наложения колостомы) состояние больного значительно улучшилось. Нижняя граница ОРЭ составила 0,36 % р-ра NaCl, свободный гемоглобин в плазме отсутствовал.

1. О чем свидетельствуют показатели ОРЭ и содержание свободного гемоглобина в плазме у больного М. до операции?

2. Как можно оценить состояние клеточных мембран при болезни Гиршпрунга?

3. Чем может быть обусловлено изменение состояния эритроцитарных мембран у больного до операции?

4. Какое заболевание крови также сопровождается снижением ОРЭ и развитием гемолиза? Как можно исключить эту патологию у больного М.?


Задача 2

У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга. Определите план обследования для уточнения диагноза. Определите тактику хирургического лечения.

При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

А) ирригографию;

Б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 179 -</p>
--	---	---	----------------

- В) дачу бариевой смеси через рот;
- Г) колоноскопию;
- Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

Тестовый контроль

1. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

2. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
- Б) радикальное оперативное вмешательство;
- В) пристеночную цекостому;
- Г) двухствольную стому на восходящий отдел кишки;
- Д) терминальную колостому на переходной зоне кишки

1. ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ИЛИ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ ИНТРАМУРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ГАНГЛИИ В СТЕНКЕ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ _____


Укажите все правильные ответы

2. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- а застойная рвота
- б периодическое вздутие живота, хронические запоры
- в постоянное вздутие живота
- г самостоятельный стул только летом
- д отсутствие перистальтики
- е стул только после клизмы

3. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- а застойная рвота
- б постоянное вздутие живота
- в болезненный, напряженный живот
- г отсутствие перистальтики
- д отсутствие отхождения стула и газов
- е каловая интоксикация

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 180 -</p>
--	---	---	----------------

ж обезвоживание, анемия

4. ОСНОВНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- а ирригография
- б ректальная манометрия
- в ректальная электромиография
- г определение тканевой ацетилхолинэстеразы
- д ректальная биопсия мышечного слоя
- е компьютерная томография
- ж пневмоирригография

5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СОСТОЯТ ИЗ

- а зоны сужения
- б супрастенотического расширения
- в сглаженности или отсутствия гаустр
- г задержка контраста на отсроченных снимках
- д дефекта наполнения
- е затека контраста в брюшную полость

6. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНЫ С

- а мегадолихосигмой, мегаректум
- б вторичным мегаколон
- в нейроанальной интестинальной дисплазией
- г спаечной непроходимостью
- д алиментарным фактором
- е дисбактериозом кишечника
- ж болезнью Гиршпрунга
- з полипом слизистой толстой кишки
- и болезнью Крона

Укажите правильный ответ

7. КАКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ К РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ

- а фрагментированный (“бобовидный”, “овечий”) или твердый кал
- б натуживание занимающее по меньшей мере 25% времени дефекации или уменьшение массы стула менее 35 г/сут.
- в ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже, чем при одном из четырех актов дефекации
- г ощущение препятствия при прохождении каловых масс, более чем при 25% актов дефекации
- д менее 2-3 дефекаций в неделю
- е тошнота, рвота

Укажите все правильные ответы



8. . КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ С ЗАПОРАМИ ВСТРЕТЯТСЯ ВАМ НА ПРИЕМЕ

- а родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 3-5 дней.
- б родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 7 дней.
- в родители отмечают у своего ребенка, что стула самостоятельного нет вообще.
- г родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 10 дней.

Укажите правильный ответ

9. КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ИЗ НИЖЕПРЕДЛОЖЕННЫХ ПРАВИЛЬНОЕ

- а аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- б гипоганглиоз толстой и тонкой кишки.
- в аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- г трансверзоколоптоз


10. АНОРЕКТАЛЬНЫЙ ТОРМОЗНОЙ РЕФЛЕКС ЭТО -

- а аноректальный угол -80-90 град.
- б расслабление внутреннего сфинктера и сокращение наружного сфинктера
- в расслабление наружного сфинктера и сокращение внутреннего сфинктера
- г гипертонус наружного сфинктера

Укажите все правильные ответы

11. ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ ВКЛЮЧАЕТ

- а Диета
- б ЛФК
- в Физиотерапия
- г Лапароскопия
- д Ректороманоскопия

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 182 -</p>
--	---	---	----------------

Занятие №37

1. Тема занятия: «Кровотечения из пищеварительного тракта»

Часть 1.

2. Место проведения: учебная комната кафедры детской хирургии.

3. Продолжительность: 2 часа

4. Цель занятия: Освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения желудочно-кишечных кровотечений.


5. Формируемые компетенции: ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20

6. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. Знать трудности и особенности диагностики – сравнительная, «дозированная» пальпация живота, осмотр ребёнка в естественном и медикаментозном сне, ректальное исследование, диагностическую и лечебную эндоскопию.
2. Знать причины желудочно-кишечных кровотечений в различных возрастных группах
3. Знать общие лечебные мероприятия при желудочно-кишечных кровотечениях.
4. Знать технологии оценки кровопотери и способы ее коррекции.
5. Знать алгоритм действий врача при кровотечении из пищеварительной системы у детей.

7. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

1. уметь правильно собрать анамнез заболевания у родителей и пациента с желудочно-кишечным кровотечением.
2. Уметь правильно сформировать диагноз и показания к консервативному лечению больных с желудочно-кишечным кровотечением.
3. уметь определить показания к хирургическому лечению больных с желудочно-кишечным кровотечением.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 183 -</p>
--	---	---	----------------

8. Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Кровотечения из нижних отделов пищевода при портальной гипертензии. Особенности диагностики и лечения. Значение эндоскопических методов гемостаза. Показания к оперативному лечению.
2. Кровотечения, обусловленные дивертикулом Меккеля, инвагинацией кишечника, особенности клиники, диагностики. Кровотечения при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
3. Кровотечения из толстой кишки. Причины, клиническая картина. Диагностика, лечебная тактика

8. План проведения занятия:

1. Организационный момент (проверка явки студентов) -1 мин

Постановка цели и задач занятия – 1 мин.

Контроль подготовки студентов к занятию (18 минут): Опрос студентов по контрольным вопросам занятия.

Оценка исходного уровня знаний, акценты на недостатках, обращаем внимание на необходимость их проработки в процессе самостоятельной работы – 10 минут.

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

2. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

3. Демонстрация:

4. Материальное обеспечение: Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Задание для проверки исходного уровня

Тестовый контроль:

1. При кровотечении вследствие кишечного полипа верно всё, кроме:

- a) кровь обычно алой окраски;
- b) скудное количество крови;
- c) кровь определяется в конце дефекации;
- d) положительны симптомы раздражения брюшины.

2. Истинная мелена возникает при кровопотере объемом примерно:


- a) 60 мл
- b) 100 мл;
- c) 500 мл;
- d) 1000 мл.

3. Для синдрома Пейтса-Егерса характерно все, кроме:

- a) высокая частота озлокачествления полипов;
- b) полипоз желудка и тонкой кишки;
- c) пигментация слизистых оболочек и кожи;
- d) наличие приступообразных болей в животе.

4. Дегтеобразный стул характерен при кровотечении по причине:

- a) инвагинации;
- b) сальмонеллеза;
- c) язвенного колита;
- d) дивертикула Меккеля.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 184 -</p>
--	---	---	----------------

5. Наиболее часто встречающаяся эктопированная ткань в стенке дивертикула Меккеля:

- 1) ткани щитовидной железы;
- 2) поджелудочной железы;
- 3) желудка;
- 4) лимфоидная ткань.

6. Гематемезис – это:

- a) кровавая рвота;
- b) каловые массы черного цвета;
- c) мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые;
- d) прожилки крови в каловых массах.

7. Для диагностического поиска источника кровотечения используется:

- a) ангиография;
- b) фЭГДС;
- c) фкс;
- d) всё вышеперечисленное.

Ситуационные задачи

Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.

Ваш предварительный диагноз. Тактика лечения.


Ответ.

Портальная гипертензия, кровотечение из варикозных вен пищевода. Показано УЗИ органов брюшной полости. Контроль гемодинамических показателей. Консервативная гемостатическая терапия, попытка остановки кровотечения придавливанием вен зондом с манжеткой. При неэффективности экстренная операция.

Ребенок 6 лет, находится в клинике с диагнозом «цирроз печени», портальная гипертензия. Состояние стало прогрессивно ухудшаться. Умеренная тахикардия и нормальное артериальное давление сменились выраженной тахикардией и снижением АД до 75/40 мм рт.ст.. Увеличилась одышка, значительно уменьшился диурез. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, обильно покрыты липким холодным потом. Тоны сердца глухие. Пульс очень частый, слабый. ЦВД 11 мм вод.ст. Дважды отмечалась кровавая рвота. Нв упал до 52 г/л, Ht – 21%.

Что произошло с больным. План обследования, окончательный диагноз, критерии диагностики. Назначьте лечение. Когда возникает необходимость в переливании препаратов крови. Ответ. Кровотечение из вен пищевода. Геморрагический шок. Эндоскопия. Зонд Блэкмора. Применение препаратов крови на фоне противошоковой терапии. Использование аминокaproновой кислоты, адроксона, трасамчи, замороженной плазмы. При снижении гемоглобина ниже 80 и гематокрита ниже 30

11.3. Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак,


	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 185 -</p>
--	---	---	----------------

при длительном перерыве в еде иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

и

Поставьте диагноз. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении? Требовал ли этот больной проведения экстренных диагностических мероприятий и каких? Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ? Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара? Ответ.

Основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, активность I степени. Осложнение: дуоденальное язвенное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней тяжести. Сопутствующий: реактивный панкреатит, перегиб средней трети желчного пузыря

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Детская хирургия» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 186 -</p>
--	---	---	----------------

Основная литература

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
2. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / Дронов А. Ф. [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Дронов А. Ф. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / Дронов А. Ф., Холостова В. В. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
4. Солонищенко В. Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / В. Г. Солонищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

Дополнительная литература

1. Хирургия живота и промежности у детей [Электронный ресурс] : атлас / под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова. - 2012. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста [Электронный ресурс] : учебник для мед. вузов. Т. 1 / Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф., Степанов Э. А., Михельсон В. А. ; под ред. Ю. Ф. Исакова . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2006 . - 579, [5] с. : ил., цв. ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Хирургические болезни детского возраста [Текст] : учебник для мед. вузов : в 2 т. Т. 1 / Ю. Ф. Исаков [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 632 с. : ил., цв. ил.
4. Хирургические болезни детского возраста [Текст] : учебник для мед. вузов : в 2 т. Т. 2 / Ю. Ф. Исаков [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 579, [5] с. : ил.,
5. Топольницкий О. З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий, А. Ю. Васильев. - М., 2011. - 264 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Разумовский А. Ю. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей [Электронный ресурс] : руководство / А. Ю. Разумовский, А. Б. Алхасов. - М., 2010. - 200 с. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
7. Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / М. П. Разин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru