


| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 1 -</p> |
|--|---|--|--------------|

**Методические указания
для обучающихся**




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования
Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии»
Методические указания для обучающихся


- 2 -

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 |
| 1. | Тема №1. Врожденная высокая кишечная непроходимость. С-м мальротации. Часть 1. | 11 | 1 |
| 2. | Тема №1. Врожденная высокая кишечная непроходимость. С-м мальротации. Часть 1. | 11 | 2 |
| 3. | Тема №1. Врожденная высокая кишечная непроходимость. С-м мальротации. Часть 1 | 11 | 1 |
| 4. | Тема №2. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Особенности обследования. | 11 | 1 |
| 5. | Тема №2. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Особенности обследования | 11 | 2 |
| 6. | Тема №2. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Особенности обследования | 11 | 1 |
| 7. | Тема №3. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Особенности клинки, диагностики. Этапные и радикальные операции. | 11 | 1 |
| 8. | Тема №3. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Особенности клинки, диагностики. Этапные и радикальные операции. | 11 | 2 |
| 9. | Тема №3. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Особенности клинки, диагностики. Этапные и радикальные операции. | 11 | 1 |
| 10. | Тема № 4 Некротоизирующий энтероколит новорожденных. Диагностика. Особенности тактики хирургического лечения. Новые технологии лечения. | 11 | 2 |
| 11. | Тема № 4 Некротоизирующий энтероколит новорожденных. Диагностика. Особенности тактики хирургического лечения. Новые технологии лечения. | 11 | 1 |
| 12. | Тема № 4 Некротоизирующий энтероколит новорожденных. Диагностика. Особенности тактики хирургического лечения. Новые технологии лечения. | 11 | 2 |
| 13. | Тема № 5. Пороки развития пищевода и диафрагмы у новорожденных. Особенности предоперационной подготовки. Технология оперативного лечения. | 11 | 1 |
| 14. | Тема № 5. Пороки развития пищевода и диафрагмы у новорожденных. Особенности предоперационной подготовки. Технология оперативного лечения. | 11 | 2 |
| 15. | Тема № 5. Пороки развития пищевода и диафрагмы у новорожденных. Особенности предоперационной подготовки. Технология оперативного лечения. | 11 | 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 3 -</p> |
|--|---|--|--------------|

| | | | |
|-----|--|----|-----------|
| 16. | Тема № 6 Кистоаденоматозные мальформации легких у новорожденных. Врожденная лобарная эмфизема. Диагностика. Лечение. | 11 | 1 |
| 17. | Тема № 6 Кистоаденоматозные мальформации легких у новорожденных. Врожденная лобарная эмфизема. Диагностика. Лечение. | 11 | 2 |
| 18. | Тема № 6 Кистоаденоматозные мальформации легких у новорожденных. Врожденная лобарная эмфизема. Диагностика. Лечение. | 11 | 1 |
| 19. | Тема № 7. Аноректальные пороки развития. Клиника. Диагностика. Технологии этепного и радикального лечения. | 11 | 1 |
| 20. | Тема № 7. Аноректальные пороки развития. Клиника. Диагностика. Технологии этепного и радикального лечения. | 11 | 2 |
| 21. | Тема № 7. Аноректальные пороки развития. Клиника. Диагностика. Технологии этепного и радикального лечения. | 11 | 1 |
| | Итого | | 34 |

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 4 -</p> |
|--|---|--|--------------|

Занятие № 1

Тема занятия: «Врожденная высокая кишечная непроходимость. Синдром мальротации.»

1 часть:


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения высокой кишечной непроходимости и синдрома мальротации.
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 врожденной высокой кишечной непроходимости и синдрома мальротации.
 2. Современную классификацию
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Собрать анамнез у ребенка с подозрением на врожденную высокую кишечную непроходимость и синдром мальротации.
 2. Составить программу обследования
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Определение высокой кишечной непроходимости
 2. Этиология и патогенез возникновения высокой кишечной непроходимости
 3. Синдром мальротации. Определение, этиология, патогенез

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения высокой кишечной непроходимости и синдрома мальротации.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. План диагностических мероприятий при врожденной высокой кишечной непроходимости.
 2. План диагностических мероприятий при синдроме мальротации.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Поставить диагноз (на основании клиники, лабораторных данных, оценки данных специальных методов обследования, УЗИ, рентгенограмм.)
 2. Определить тактику лечения больного (показания и сроки оперативного лечения, степень ургентности патологии, амбулаторное либо стационарное лечение, реабилитацию).
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Схема обследования новорожденного при подозрении на высокую кишечную непроходимость.
 2. Показания и сроки оперативного лечения при врожденной высокой кишечной непроходимости и синдрома мальротации.

3 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения высокой

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 5 -</p> |
|--|---|--|--------------|

кишечной непроходимости и синдрома мальротации.

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

5. После изучения темы обучающиеся должны знать:

1. План лечебных мероприятий при врожденной высокой кишечной непроходимости.
2. План лечебных мероприятий при синдроме мальротации.
3. Методики оперативных вмешательств при врожденной высокой кишечной непроходимости и синдроме мальротации.

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

3. Поставить диагноз (на основании клиники, лабораторных данных, оценки данных специальных методов обследования, УЗИ, рентгенограмм.)
4. Определить тактику лечения больного (показания и сроки оперативного лечения, степень ургентности патологии, амбулаторное либо стационарное лечение, реабилитацию).

7. Контрольные вопросы по теме занятия

3. Схема обследования новорожденного при подозрении на высокую кишечную непроходимость.
4. Показания и сроки оперативного лечения при врожденной высокой кишечной непроходимости и синдрома мальротации.

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

На УЗИ в 24 недели беременности на фоне многоводия у плода обнаружено расширение желудка в виде двойного пузыря, снижение наполнения кишечника. Других значимых изменений не выявлено.


Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования для исключения сопутствующих аномалий развития.

Определите дальнейшую тактику ведения родов до момента родоразрешения.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Задача № 2

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 6 -</p> |
|--|---|--|--------------|

У новорожденного ребенка с первых суток жизни отмечается застойное отделяемое по желудочному зонду в объеме до 20 мл, периодические беспокойство. Кормление по желудочному зонду не проводилось. Меконий отошел в первые сутки жизни. При осмотре определяется асимметрия живота за счет выбухания в эпигастрии.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Задача №3

Новорожденный ребенок в течение нескольких часов от рождения с РДС, в связи с чем переведен на ИВЛ. По назогастральному зонду появилось гемморагическое отделяемое в виде алой крови. Отмечается снижение гемоглобина до 65 г/л. Живот резко вздут, плотный. Из прямой кишки – алая кровь со сгустками.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Задача № 4

Ребенок 3 недель с жалобами на периодическую рвоту, беспокойство, снижение прибавки веса, задержку стула. Неврологический статус без выраженной патологии. Выполнено УЗИ в поликлинике - обнаружен расширенный желудок.

Определите план обследования.

Назовите заболевания с которыми необходимо дифференцировать данное состояние.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Тестовые вопросы.

1. ДВУМЯ ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а рвота пищей
- б вздутие живота
- в асимметрия живота
- г отсутствие стула и газов
- д выделение крови из прямой кишки
- е рвота с патологическими примесями

1. К ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а атрезия ануса
- б атрезия дуоденум
- в атрезия тощей кишки
- г болезнь Гиршпрунга
- д синдром Ледда
- е пилоростеноз

2. К НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а атрезия ануса



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная
программа высшего образования
Педиатрия
Специальность 31.05.02 Педиатрия
(уровень специалитета)
Рабочая программа «Перинатальная хирургия и
интенсивная терапия. Современные проблемы
неонатологии»
Методические указания для обучающихся

- 7 -

- б атрезия дуоденум
- в атрезия тощей кишки
- г болезнь Гиршпрунга
- д синдром Ледда
- е мекониевый илеус

Укажите правильный ответ

4. УРОВНЕМ ДЕЛЕНИЯ НА ВЫСОКУЮ И НИЗКУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а середина тонкой кишки
- б трейцева связка
- в илеоцекальный угол
- г привратник

Укажите все правильные ответы

5. ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а атрезии ануса
- б атрезии дуоденум
- в атрезии тощей кишки
- д синдроме Ледда
- е мекониевом илеусе

6. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а инвагинации
- б ущемленной грыже
- в атрезии тощей кишки
- г болезни Гиршпрунга
- д синдроме Ледда
- е мекониевом илеусе

7. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ


- а острым внезапным началом
- б периодическим беспокойством
- в застойной рвотой
- г рефлекторной рвотой
- д болезненным напряженным животом
- е выделением крови из прямой кишки

8. ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

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

9. ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в запавшего живота

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 8 -</p> |
|--|---|--|--------------|

- г болезненного живота
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

10. НИЗКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ

НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в вздутым животом
- г болезненным животом
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

11. НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ

НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а рвотой желчью зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в вздутым животом
- г болезненный живот
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

12. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ


- 1 / Обзорная рентгенография брюшной полости
- 2/ Клинический осмотр
- 3 / Зондирование желудка
- 4 / Контрастная рентгенография
- 5 / Очистительная клизма
- 6 / Лабораторные анализы

Укажите правильный ответ

13. ДЛЯ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- а затемнение брюшной полости
- б один уровень жидкости
- в два уровня жидкости
- г множественные уровни жидкости
- д повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- е серп воздуха под диафрагмой

Укажите правильный ответ

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 9 -</p> |
|--|---|--|--------------|

Занятие № 2

Тема занятия: «Врожденная низкая кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Особенности обследования»

1 часть:


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения врожденной низкой кишечной непроходимости.
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 врожденной низкой кишечной непроходимости.
 2. Современную классификацию
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Собрать анамнез у ребенка с подозрением на врожденную низкую кишечную непроходимость.
 2. Составить программу диагностики, методы диагностики, применяемые при данной патологии.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Определение низкой кишечной непроходимости
 2. Этиология возникновения низкой кишечной непроходимости, провоцирующие факторы.
 3. Патогенез низкой кишечной непроходимости.

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения врожденной низкой кишечной непроходимости.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения
 2. Программу обследования, дифференциальная диагностика и методы обследования
 3. Сроки и принципы хирургического лечения.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Поставить диагноз (на основании клиники, лабораторных данных, оценки данных специальных методов обследования, УЗИ, рентгенограмм.)
 2. Определить тактику лечения больного (показания и сроки оперативного лечения, степень ургентности патологии, амбулаторное либо стационарное лечение, реабилитацию).
 3. Проводить дифференциальную диагностику состояний с подобными клиническими проявлениями.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Схема обследования новорожденного при подозрении на низкую кишечную непроходимость.
 2. Показания и сроки оперативного лечения при врожденной низкой кишечной непроходимости.

3 часть:

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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 10 -</p> |
|--|---|--|---------------|

2. **Продолжительность:** 1 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики 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 и принципы хирургического лечения.
 2. Осложнения данной патологии.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Определять тактику оперативного вмешательства (показания, методика, сроки операции)
 2. Составлять оптимальную программу реабилитации после проведенного оперативного лечения пациентов с врожденной высокой кишечной непроходимостью.
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Показания и сроки оперативного лечения
 2. Принципы стационарного и амбулаторного лечения.
 3. Особенности реабилитации больных с врожденной низкой кишечной непроходимостью.

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 задачи.

Задача №1.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3000г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно. На вторые сутки появилось вздутие живота, венозная сеть на передней брюшной стенке, затойное отделяемое по желудочному зонду.


Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Задача №2.

В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, мраморные. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в мин. Живот равномерно вздут. При

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 11 -</p> |
|--|---|--|---------------|

зондировании желудка удалено до 60 мл молока без примесей. Ампула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки - 2460, рН - 7,51, рСО₂ - 34, 6, ВЕ - + 4,5, Нв - 180 г/л, Нt - 75%, На плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л. Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения..

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения.

Задача №3

У новорожденного ребенка на второе время клинико-рентгенологично диагностировано врожденную низкую кишечную непроходимость. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости, иригографии (наличие отдельных воздушных пространств в затемненной части нижних отделов живота, неравномерно расширенные петли кишечника без уровней жидкости.

Составить план обследования и лечения..

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения


Задача № 4. У новорожденной девочки, которая родилась при затяжных родах, с первого дня появилось частая рвота. Меконий отошел через 36 часов. Живот резко вздут, ассиметричен, перистальтика кишечника отсутствует. На обзорной рентгенографии брюшной полости – расширение ободочной кишки.

Составить план обследования и лечения..

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 12 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Занятие № 3

Тема занятия: «Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Особенности клиники, диагностики. Этапные и радикальные операции»

1 часть:


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных.
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 болезни Гиршпрунга.
 2. Современную классификацию
 3. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 1. Собрать анамнез у ребенка с подозрением на болезнь Гиршпрунга
 2. Составить программу обследования
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Определение болезни Гиршпрунга
 2. Этиология и патогенез возникновения болезни Гиршпрунга

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных.
1. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
2. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Программу обследования, дифференциальная диагностика и методы обследования
 2. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения
3. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 3. Поставить диагноз (на основании клиники, лабораторных данных, оценки данных специальных методов обследования, УЗИ, рентгенограмм.)
 4. Определить тактику лечения больного (показания и сроки оперативного лечения, степень ургентности патологии)
4. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 - 1

3 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Сроки и принципы хирургического лечения, выбор тактики 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 13 -</p> |
|--|---|--|---------------|

2. Реабилитацию больных с болезнью Гиршпрунга.

3. Особенности течения и возможные осложнения

6. После изучения темы обучающиеся должны уметь:

5. Выбирать оптимальную методику оперативного вмешательства для определенных типов патологии.

6. Определить тактику лечения больного (амбулаторное либо стационарное лечение, реабилитацию).

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Клиника и диагностика болезни Гиршпрунга

2. Дифференциальная диагностика болезни Гиршпрунга с другими заболеваниями, сопровождающимися задержкой отхождения стула и газов.

3. Принципы консервативного и оперативного лечения болезни Гиршпрунга.

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.

Ситуационные задачи

Задача №1

У доношенного новорожденного ребенка меконий отошел через 48 часов. В дальнейшем отмечается равномерное вздутие живот. Самостоятельного стула не было. Опорожнение кишки достигается с помощью клизм.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения.


Задача №2

В клинику доставлен ребенок 7 суток жизни с клиникой перфоративного перитонита. В анамнезе отсутствие отхождения мекония с последующей клиникой низкой кишечной непроходимости. Вовремя операции обнаружена изолированная перфорация тонкой кишки в терминальном отделе.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 14 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Задача № 3.

У новорожденной девочки, которая родилась при затяжных родах, с первого дня появилось частая рвота. Меконий отошел через 36 часов. Живот резко вздут, ассиметричен, перистальтика кишечника отсутствует. На обзорной рентгенографии брюшной полости – расширение ободочной кишки.

Составить план обследования и лечения..

Поставьте предварительный диагноз.

Определите дополнительные методы обследования.

Определите дальнейшую тактику ведения

Тестовые задания

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ИЗ НИЖЕПРЕДЛОЖЕННЫХ ПРАВИЛЬНОЕ

- А) аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- Б) гипоганглиоз толстой и тонкой 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 15 -</p> |
|--|---|--|---------------|

В) аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.

Г) трансверзоколоптоз

6.ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1 Атрезия тонкой кишки
- 2 Болезнь Гиршпрунга
- 3 Инвагинация

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- а обзорная рентгенография лежа
- б обзорная рентгенография стоя
- в ирригография с барием
- г пневмоирригография
- д рентгенографию по Вангенстину
- е исследование ЖКТ с барием

7.ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1 Атрезия кишки
- 2 Болезнь Гиршпрунга
- 3 Инвагинация
- 4 Перитонит

ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ

- а ущемление
- б паретический илеус
- в спастический илеус
- г внедрение отдела кишки
- д заворот
- е аганглиоз кишечника
- ж нарушение вакуолизации
кишечной трубки

8.ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ


- А)застойная рвота
- Б) периодическое вздутие живота и запоры
- В) постоянное вздутие живота
- Г) болезненный, напряженный живот
- Д) отсутствие перистальтики
- Е) очистительная клизма эффективна

9.ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) застойная рвота
- Б) периодическое вздутие живота
- В) постоянное вздутие живота
- Г) отсутствие отхождения стула и газов
- Д) очистительная клизма эффективна
- Е) хронические запоры
- Ж) каловая интоксикация

10.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

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 16 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Занятие № 4

Тема занятия: «Некротизирующий энтероколит новорожденных. Диагностика. Особенности тактики тактики хирургического лечения. Новые технологии в лечении.»

1 часть:


8. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
9. **Продолжительность:** 1 часа
10. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пациентов с некротизирующим энтероколитом. бву
11. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
12. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 3. Этиологию возникновения некротизирующего энтероколита.
 4. Патогенез некротизирующего энтероколита.
 5. Клиническую классификацию некротизирующего энтероколита
13. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 7. Собрать хирургический анамнез.
 8. Поставить предварительный диагноз по клиническим признакам у детей с НЭК
 9. 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:** 2 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:

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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 17 -</p> |
|--|---|--|---------------|

2. Продолжительность: 1 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. Принципы классификации НЭК по клиническим проявлениям.
2. Принципы консервативной терапии.
3. Сроки проведения оперативных вмешательств.
4. Методики оперативных вмешательств, применяемых при НЭК.

6. 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

7. 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: ☺

13. 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

14. Иллюстративный материал: слайды, рентгенограммы.

15. Демонстрация:

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


Тестовые задания.

1. Основной патогенетический механизм, лежащий в основе возникновения НЭК

- A. Воспаление кишечной стенки с последующим ее некрозом
- B. Нарушение дифференцировки клеточных структур в процессе эмбрионального развития
- C. Локальная ишемия стенки кишки.

2. К факторам риска при реализации НЭК относится все кроме:

- A. Недоношенность
- B. НМТ, ОНМТ, ЭНМТ
- C. ЗВУР с нулевым или ретроградным диастолическим кровотоком в артерии
- D. пуповины/маточной артерии
- E. Врожденные пороки сердца
- F. Интранатальная асфиксия тяжелая и средней тяжести
- G. Крупный плод с сроку гестации

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 18 -</p> |
|--|---|--|---------------|

3. Градация процесса по стадиям

- A. I,II,III
- B. I (a,b), II(a,b), III(a,b)
- C. I (a,b), II(a,b), III(a,b), IV(a,b)
- D. I,II,III,IV

4. Первоочередное действие в тактики ведения детей с НЭК

- A. Исключение любой энтеральной нагрузки на 7-10 суток
- B. Оперативное вмешательство
- C. Антибактериальная терапия
- D. Антикоагулянтная терапия

5.Признаки перфорации кишечника на рентгенографии:

- A. Свободный газ в брюшной полости
- B. Растянутые кишечные петли
- C. Чаши Клойбера

6. Осложнения течения некротизирующего энтероколита:

- A. Некроз кишечника без перфорации
- B. Перфорация кишечника
- C. Рецидив.

7.Операция выбора при НЭК является:

- A. Резекция некротизированного участка кишки с наложением энтеро- или колостом с последующим их закрытием и формированием анастомоза.
- B. Операция Гартмана
- C. Резекция пораженного сегмента кишечника и формирование анастомоза

8.При НЭК на рентгенограмме отсутствует:

- A. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
- B. локальное затенение брюшной полости
- C. выпрямление контуров кишечных петель
- D. пневмотоз кишечной стенки
- E. свободный газ в брюшной полости

9.НЭК чаще всего развивается у детей:

- A. массой менее 1500 г
- B. у доношенных детей, родившихся в асфиксии
- C. у детей с атрезией пищевода
- D. с пороками сердца
- E. с хромосомными аномалиями


10. Антенатальная диагностика НЭК:

- A. возможна на ранних сроках
- B. возможна на поздних сроках
- C. невозможна
- D. возможна на любых сроках
- E. на сроках 20-22 недель гестации

Ситуационные задачи

Задача № 1

В приемный покой ДСО доставлен ребенок К. 2,5 мес. Заболел месяц назад – отмечается частый жидкий стул с примесью крови. Находился на лечении в детском инфекционном отделении по поводу кишечной инфекции. Выписан с выздоровлением. 2 дня тому назад

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 19 -</p> |
|--|---|--|---------------|

состояние ребенка ухудшилось: появилось вздутие живота, отсутствует стул, не отходят газы, была 2-х кратная рвота с примесью желчи. При осмотре состояние больного очень тяжелое, вялость, серость кожных покровов, температура тела 38, ЧД до 52 в минуту, ЧСС 160 в минуту. Обращает на себя болезненность при пальпации, имеется отек передней брюшной стенки, наружных половых органов. При перкуссии - отсутствие печеночной тупости.

О какой патологии необходимо подумать?

Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз.

Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара?

Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО.

Задача №2

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов в срок с массой тела 3500 г. Оценка по шкале Апгар 8—9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: ребёнок беспокоен, стонет, не сосёт, рвота с жёлчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Живот резко вздут, болезненный, напряжённый. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печёночная тупость не определяется. Стул и газы не отходят. Масса тела ребёнка 3200 г, в анализах крови: рН 7,21, рСО₂ 40 мм рт.ст., ВЕ -13, Нб 185 г/л, Нт 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

1. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

Задача №3


Ребенок с ЭНМТ (650гр) 14 сут, 23 нед гестации, находится с рождения в РАО, на АИВЛ, парентеральном питании. В течении последних суток появилось вздутие живота, застойное отделяемое по н/гастральному зонду, болезненность при пальпации, преимущественно в правых отделах живота, стул с прожилками крови. Проведено R-ген контрастное обследование с ККС. На серии R-гр (через 3,6 часов), определяется «статичная кишка», участки пневматоза. Свободного газа, уровней нет.

1. Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

Задача №4

Ребенок с ОНМТ (1852гр) 9 сут, 33 нед гестации, находится в ОПНД, на частичном энтеральном питании (усваивает по 5 мл смеси фрисоппе). В течении последних суток появилось вздутие живота, в умеренном количестве застойное отделяемое по н/гастральному зонду, живот пальпации доступен во всех отделах, с-в раздражения брюшины нет. Стул после проведения очистительной клизмы отошел. Проведено R-ген контрастное обследование с ККС. На серии R-гр (через 3,6,12 часов), На утро ККС в rectum. Равномерное газонаполнение кишечных петель.

1. Ваш предположительный диагноз? Тактика 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 20 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Занятие № 5


Тема занятия: «Пороки развития пищевода и диафрагмы у новорожденных. Особенности предоперационной подготовки. Технологии оперативного лечения»

1 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пороков развития пищевода и диафрагмы.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 1. Определение, эмбриогенез развития пороков пищевода и диафрагмы.
 2. Классификация пороков пищевода и диафрагмы
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 проводить необходимые обследования у детей с пороками пищевода и диафрагмы.
 2. Провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза. и интерпретировать полученные результаты обследования
7. **Контрольные вопросы по теме занятия**
 1. Этиология и патогенез атрезии пищевода..
 2. Понятие атрезии пищевода.
 - 3.Классификация атрезии пищевода.
 4. Методики оперативного лечения атрезии пищевода.

2 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 2 часа
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пороков развития пищевода и диафрагмы..
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 3. Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.
 4. Основные патологические синдромы и симптомы заболеваний.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 3. 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. проводить необходимые обследования у детей с пороками развития пищевода и диафрагмы;
 4. 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

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 21 -</p> |
|--|---|--|---------------|

состояния.

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Эмбриогенез пищевода и трахеи.
2. Роль тератогенных факторов в развитии диафрагмальных грыж.
3. Признаки диафрагмальной грыжи, выявленные при аускультации и перкуссии.
4. Рентгенологические признаки диафрагмальной грыжи
5. Варианты расположения диафрагмальных грыж.

3 часть:

1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
3. **Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения пороков развития пищевода и диафрагмы.
4. **Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
5. **После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 5. Определение , эмбриогенез аноректальных мальформаций.
 6. Классификация аноректальных мальформаций
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 5. Разрабатывать план мероприятий, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения..
 6. Разработать необходимую тактику хирургического лечения и выбор методики оперативного вмешательства

7. Контрольные вопросы по теме занятия

1. Клинические симптомы при диафрагмальной грыже.
2. Роль тератогенных факторов в развитии диафрагмальных грыж.
3. Причины, способствующие развитию дыхательной недостаточности при врожденной диафрагмальной грыже.
4. Методики оперативного лечения диафрагмальных грыж.


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.

Родился ребенок массой 2600г., мальчик. Через три часа после рождения дежурная м\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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 22 -</p> |
|--|---|--|---------------|

отметила скопление слизи в полости рта и цианоз носогубного треугольника. После отсасывания слизи вновь появились пенистые выделения в углах рта, цианоз усиливается, одышка.

Приглашен педиатр.

1. О каком заболевании можно подумать у больного?
2. Опишите все действия педиатра роддома для уточнения диагноза.
3. Дальнейшая тактика.

Задача №2.

Родился мальчик массой 3200г. При рождении оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Отмечен акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой слизи в полости рта, носовых ходов, нарастает одышка.

Приглашен педиатр.

1. Какую неотложную помощь необходимо оказать ребенку?
2. Какие методы исследования следует применить в роддоме для уточнения диагноза?
3. Какова должна быть дальнейшая тактика?

Задача №3.

Ребёнок 7 дней поступил в ДХО с жалобами на прогрессивное ухудшение состояния, нарастание цианоза, поверхностное дыхание, аритмичное, иногда с периодами урежения до 15-25 дыхательных движений в 1 минуту. Рвота 1 -2 раза в день. При объективном осмотре обращает на себя внимание участие вспомогательной мускулатуры, западение грудины. При вдохе -воронкообразное втяжение эпигастральной области (больше слева). При аускультации в левой половине грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы.


На рентгенограмме видно затемнение в левой плевральной полости и резкое смещение средостения вправо.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Раскройте содержание понятия «асфиксическое ущемление».
3. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какова тактика врача?
5. Реабилитация больного с данной патологией.

Задача №4.

У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать симптомы дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстаёт в акте дыхания. Аускультативно отмечается смещение сердца вправо, слева выслушивается «булькающие шумы». На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки средостение смещено вправо, левый купол диафрагмы не дифференцируется, слева до второго ребра определяются разнокалиберные

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 23 -</p> |
|--|---|--|---------------|

воздушные полости.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Лечебная тактика в условиях районной больницы?
4. Как изменится ваша тактика при прогрессивно нарастающих симптомах дыхательной недостаточности.
5. Лечебная тактика в условиях краевого центра детской хирургии.

Тестовые вопросы.

1. **НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ**

1. синдром дыхательных расстройств
2. гипотрофия
3. несостоятельность швов анастомоза
4. стеноз пищевода
5. нарушение гемостаза

2. **ПИЛОРОСПАЗМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ**

1. срыгивания, периодической спонтанной рвоты с рождения
2. рвотой створоженным молоком с 2 – 4 недели жизни
3. рвотой в горизонтальном положении
4. поносами
5. полиурией

3. **ПРЕДЕЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ СЕГМЕНТАМИ ПИЩЕВОДА ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ**


1. 0,5 см
2. 1,0 см
3. 1,5 см
4. 2,0 см
5. 2,5 см

4. **СИНДРОМ «АСФИКТИЧЕСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ» ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

1. истинной грыже собственной диафрагмы
2. релаксации диафрагмы
3. грыже пищеводного отверстия диафрагмы
4. ложных диафрагмальных грыжах
5. паразофагеальных грыжах

5. **ПОНЯТИЕ «СИНДРОМ АСФИКТИЧЕСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ» НЕ ВКЛЮЧАЕТ**

1. одышку
2. гипертермический синдром
3. беспокойство ребенка
4. цианоз
5. участие в дыхании вспомогательной мускулатуры

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 24 -</p> |
|--|---|--|---------------|

6. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ

1. горизонтальное
2. вертикальное
3. с приподнятым тазовым отделом
4. на правом боку
5. на животе

7. ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕТ

1. смещения средостения в сторону, противоположную патологии
2. нормального топографического расположения органов средостения
3. расширения межреберных промежутков на стороне поражения
4. поражения одной половины грудной клетки
5. отсутствия дыхания на стороне поражения

8. СИНДРОМ «АСФИКТИЧЕСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ» ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ВЫЗВАН


1. ущемлением петель тонкой кишки
2. ущемлением толстой кишки
3. смещением сердца
4. сдавливанием легкого
5. сдавливанием легкого, смещением органов средостения

9. ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У НОВОРОЖДЕННОГО С «АСФИКТИЧЕСКИМ УЩЕМЛЕНИЕМ» НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. цианоза
2. беспокойства
3. смещения средостения
4. вздутия живота
5. тахикардии

10. ВИД ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, ПРИ КОТОРОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ «АСФИКТИЧЕСКОГО» УЩЕМЛЕНИЯ

1. френоперикардальная грыжа
2. ретроградная френоперикардальная
3. задний щелевидный дефект диафрагмы
4. грыжа переднего отдела диафрагмы
5. парэзофагиальная грыж

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 25 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Занятие № 6


1. Тема занятия: «Кистоаденоматозные мальформации легких у новорожденных. Врожденная лобарная эмфизема. Диагностика. Лечение.»

1 часть:

- 8. Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
- 9. Продолжительность:** 1 час
- 10. Цель занятия:** научить студентов диагностике и выбору тактики лечения различных видов аноректальных пороков.
- 11. Формируемые компетенции:** ОПК-4,6,8; ПК-5,6,8,9,10,11,20
- 12. После изучения темы обучающиеся должны знать:**
 7. Закономерности роста и развития детского организма Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования
 8. Особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний
 9. Методы диагностики, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования
- 13. После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 7. Собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, физикальное обследование, оценить состояние пациента для оказания ему медицинской помощи;.
 8. 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.
- 14. 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:** 2 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

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 26 -</p> |
|--|---|--|---------------|

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 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 час

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. клинко-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: ☺

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.

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 27 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Лекция – 30 минут.

Самостоятельная работа - 30 мин

6. **Иллюстративный материал:** слайды, рентгенограммы.
7. **Демонстрация:**
8. **Материальное обеспечение:** Компьютер (ноутбук), мультимедийная установка.

Ситуационные задачи.

Задача №1.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел. Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхосудистого рисунка. На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой среднеключичной линии. Не лихорадит. О каком заболевании можно подумать у больного?

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика лечения?

Задача №2.


Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров по Персианинову и масочной вентиляции легких в течение 5 минут. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел. Какую неотложную помощь необходимо оказать ребенку?

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика лечения?

Задача №3.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 28 -</p> |
|--|---|--|---------------|

носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см.

Задания:


1. Поставьте диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова тактика врача?
4. Реабилитация больного с данной патологией?

Тестовые вопросы.

1. К врожденным порокам развития стенки трахеи и бронхов относятся, кроме:
 - а) трахеобронхомалиция
 - б) синдром Мунье-Куна
 - в) синдром Вильямса-Кемпбелла
 - г) бронхиолоэктатическая эмфизема
 - д) болезнь Аэрза

2. Клинические признаки синдрома Мунье-Куна, кроме:
 - а) кашель вибрирующего характера
 - б) шумное «мурлыкающее» дыхание
 - в) гнойная мокрота
 - г) рецидивирующее заболевание бронхов и легких
 - д) «стекловидная» мокрота
3. Причиной синдрома Вильямса-Кемпбелла является:
 - а) порок развития паренхимы легочной ткани
 - б) недоразвитие хрящевых колец 3-8 порядка
 - в) недоразвитие хрящевых колец 4-12 порядка
 - г) агенезия легких
 - д) врожденный стеноз трахеи
4. Синдром Вильямса – Кемпбелла характеризуется следующими клиническими симптомами, кроме:
 - а) первые три года жизни частые пневмонии или бронхиты
 - б) постоянный влажный кашель с гнойной мокротой
 - в) деформация грудной клетки, изменения концевых флангов
 - г) отсутствием изменений при бронхографии
 - д) задержка физического развития

5. Основными причинами ателектаза легких у новорожденных являются, кроме:
 - а) недоразвитие альвеолярной ткани
 - б) недостаточность сурфактанта
 - в) аспирационный синдром
 - г) инфицирование

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 29 -</p> |
|--|---|--|---------------|

д) недоношенность

6. Рентгенологически при гипоплазии легкого выделяют следующие изменения, кроме:

- а) уменьшение легкого поле на стороне поражения
- б) негетомогенное затемнение с кольцевидными просветами
- в) гетомогенное затемнение доли легкого
- г) расширение грудной клетки с сужением межреберных промежутков
- д) негетомогенное затемнение, фиброзная тяжистость

7. Признаки лобарной эмфиземы, кроме:

- а) приступы асфиксии с раннего возраста
- б) коробочный перкуторный звук над областью поражения
- в) ослабленное дыхание над областью поражения
- г) рентгенологически- эмфизема пораженной доли легкого («светлая доля»)
- д) обратное расположение внутренних органов

8. Пороки развития сосудов легкого диагностируются:

- а) ангиопульмографией
- б) сцинтиграфией
- в) рентгенологически
- г) бронхологически
- д) томографией

9. Клинические признаки синдрома Мунье-Куна, кроме:

- а) кашель вибрирующего характера
- б) шумное «мурлыкающее» дыхание
- в) гнойная мокрота
- г) рецидивирующее заболевание бронхов и легких
- д) «стекловидная» мокрота


10. Врожденный дефект хрящей и мембранозной части трахеи и бронха, приводящей к аномальному их коллабированию при дыхании, характерен для следующего врожденного порока развития органов дыхания:

- а) трахеобронхомаляция
- б) трахеобронхомегалия
- в) кистозной гипоплазии легких
- г) врожденной долеой эмфиземы
- д) простой гипоплазии легкого

Занятие № 7

Тема занятия: «Аноректальные пороки развития. Клиника. Диагностика. Технологии этапного и радикального лечения.»

1 часть:

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 30 -</p> |
|--|---|--|---------------|


1. **Место проведения:** учебная комната кафедры детской хирургии.
2. **Продолжительность:** 1 час
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:**
 10. Определение, эмбриогенез аноректальных мальформаций.
 11. Классификация аноректальных мальформаций
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**
 9. собрать хирургический анамнез.
 10. проводить необходимые обследования у детей аноректальными мальформациями;
7. **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:** 2 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 час
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.
 2. Послеоперационное лечение аноректальных мальформаций.
6. **После изучения темы обучающиеся должны уметь:**

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 31 -</p> |
|--|---|--|---------------|

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:☺

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 новорождённого ребёнка к концу вторых суток после рождения появились беспокойное поведение, обильные срыгивания, рвота содержимым желудка с примесью желчи, затем - с примесью кишечного содержимого.


При осмотре врачом-педиатром на 3-й сутки жизни выявлено: живот вздут, контурируются растянутые петли кишок, живот болезненный при пальпации, перкуторно - пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы установлено отсутствие анального отверстия. На месте заднего прохода имеется кожный валик 0,5 x 0,8 см. При крике ребёнка определяется выпячивание в данной области. Симптом «толчка» сомнителен. При надавливании пальцем на промежность имеется ощущение баллотирования. Расстояние между седалищными буграми 2,5 см.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования позволят уточнить диагноз?
3. Ваша тактика в роли врача-педиатра?
4. Каковы общие принципы лечения болезни?
5. Профилактика осложнений.

Задача №2

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 14 дней в связи с отсутствием стула 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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 32 -</p> |
|--|---|--|---------------|

течение последних 2 суток. Появилось вздутие живота. Ребёнок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли сделать очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия.

При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой объём неотложных мероприятий в приёмном покое ДХО?
3. Какова тактика обследования и лечения?
4. Профилактика рубцового стеноза в послеоперационном периоде?
5. Реабилитация.

Задача №3

В поликлинику доставлен мальчик 1 мес с жалобами на вялость, слабость, бледность, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ребёнка ухудшилось, отказывается от еды. Живот увеличился в размерах.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика, программа обследования?
3. От чего зависит выбор метода оперативного лечения?
4. Классификация данной патологии.
5. Реабилитация ребенка с данной патологией.

Задача №4

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3000 гр. Возраст 1 сутки.

Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и лёгких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии -кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом «толчка» отрицателен.


Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков план обследования?
3. Какова тактика лечения?
4. Профилактика осложнений на догоспитальном этапе и в послеоперационном периоде?
5. Реабилитация.

Задача №5

Вас вызвали к ребёнку 14 дней жизни. С рождения у ребёнка скудный мекониальный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо – только после клизмы и через газоотводную трубку. Трижды была рвота с желчью.

Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 33 -</p> |
|--|---|--|---------------|

стул. Ребёнок потерял в массе тела 200 гр.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика обследования?
3. Лечение больного?
4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде?

Тестовые вопросы.

1. АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПОРОКАМИ:

1. ЖКТ
2. кровеносной системы
3. органов дыхания
4. мочевыводящих путей
5. опорно-двигательного аппарата

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СВИЩА В МОЧЕВУЮ СИСТЕМУ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

1. отхождение мекония через уретру
2. отхождение газов через уретру
3. выделение газов и мекония из уретры при надавливании на живот
4. наличие газа в мочевом пузыре при рентгенологическом исследовании
5. все перечисленное верно

3. ВРОЖДЁННАЯ НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ


1. рвота кишечным содержимым
2. болезненный живот
3. отсутствие стула
4. запавший живот
5. токсикоз

4. ИНВЕРТОГРАФИЯ ПО ВАНГЕНСТИНУ У НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЗАДНЕГО ПРОХОДА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНА

1. в первые 6 часов после рождения
2. через 12 часов после рождения
3. через 15-20 часов после рождения
4. через 24-28 часов с момента рождения
5. в возрасте 2-3 суток

5. СИМПТОМ НЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ ОСТРОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. интоксикация
2. запавший живот
3. эксикоз
4. задержка (отсутствие) стула

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 34 -</p> |
|--|---|--|---------------|

5. вздутие живота с валами перистальтики кишечника

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД, УСТАНОВЛИВАЮЩИМ СОУСТЬЕ МЕЖДУ УРЕТРОЙ И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ ПОРОКЕ

1. обзорная рентгенография брюшной полости по методу Вангенстина
2. колоноскопия
3. зондирование свища
4. фистулография
5. уретрография

7. РЕКТО-ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ РЕЗКО СУЖЕННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ ТРЕБУЕТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

1. в период новорожденности
2. до 1 года
3. в 1,5-2 года
4. в 3-4 года
5. старше 7 лет

8. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ


1. метод Вангенстина
2. проба Элефанта
3. ФКС
4. УЗИ
5. ректороманоскопия

9. СИМПТОМ «МЕКОНИЕВОЙ ПИГМЕНТАЦИИ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. атрезии анального канала
2. прикрытом анальном отверстии
3. высокой атрезии прямой кишки
4. низкой атрезии прямой кишки
5. стенозе прямой кишки

10. АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПОРОКАМИ

1. ЖКТ
2. кровеносной системы
3. органов дыхания
4. мочевыводящих путей
5. опорно-двигательного аппарата

| | | | |
|--|---|--|---------------|
|  | <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 «Перинатальная хирургия и интенсивная терапия. Современные проблемы неонатологии» Методические указания для обучающихся</p> | <p>- 35 -</p> |
|--|---|--|---------------|

Основная литература

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434970.html>
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. Солониченко В. Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ [Электронный ресурс] / В. Г. Солониченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
5. Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / М. П. Разин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 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. Базовая помощь новорождённому - международный опыт [Электронный ресурс] / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих ; науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина - М. : ГЭОТАР-Медиа, .2008. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
8. Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>