Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им проф. В.П. Красовской

Детская хирургия

специальность

**клиническая ординатура**

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

Красноярск

2013

УДК

ББК

Авт. знак

Детская хирургия. Клиническая ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудит. работе / сост. Э.В. Портнягина, В.А. Юрчук, В.А. Дударев, [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2013 – с.

**Составители:** к.м.н., доцент Портнягина Э.В.

д.м.н., профессор Юрчук В.А.

к.м.н., доцент Дударев В.А.

ассистент Ванюхин В.А.

Сборник методических указаний предназначен для обучающихся к внеаудиторной работе. Составлен в соответствии с ФГТ 2013г. по специальности подготовки детская хирургия (ординатура) рабочей программой специальности (2013г.) и СТО 4.2.16-12. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

2013г.

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Травма длинных трубчатых костей. Травма верхней конечности…..10

Тема 2. Травма длинных трубчатых костей. Травма нижней конечности…..18

Тема 3. Трама длинных трубчатых костей. Лечение травмы длинных трубчатых костей ………………………………………………………………..25

Тема 4. Травма в области локтевого сустава. Надмыщелковые переломы плеча …………………………………………. .………………………...…........32

Тема 5. Травма в области локтевого сустава. Переломы локтевого отростка …………………………………………………………………………………….39

Тема 6. Травма в области локтевого сустава. Переломы венечного отростка …………………………………………………………………………………….46

Тема 7. Травма позвоночника. Переломы поперечных и остистых отростков позвонков ………………………………………………………………………...54

Тема 8. Травма позвоночника. Компрессионные переломы тел позвонков ………………………………………………………………………………….....61

Тема 9. Травма костей малого таза. Изолированные переломы костей таза ……………………………………………………………………………...…..…68

Тема 10. Травма костей малого таза. Переломы тазового кольца с нарушением его непрерывности …………………………………………….....75

Тема 11. Травма органов брюшной полости Травма полых органов брюшной полости …………………………………………………………………………..82

Тема 12. Травма органов брюшной полости Травма паренхиматозных органов …………………………………………………………………………..93

Тема 13. Травма органов брюшной полости. Лечение травмы органов брюшной полости …………………………………………………………......104

Тема 14. Врожденный вывих бедра. Дисплазия тазобедренного сустава …………………………………………………………………………...…….115

Тема 15. Врожденный вывих бедра. Врожденный вывих, подвывих ……..125

Тема 16. Врожденный вывих бедра. Стандарты обследования. Показания к консервативному и оперативномуметодам лечения ………………………...135

Тема 17. Нарушение осанки. Сколиоз. Этиология, патогенез, сколиотической болезни и симптоматических сколиозов ……………………………………..145

Тема 18. Нарушение осанки. Сколиоз Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению ……………………………………………………......154

Тема 19. Кривошея. Косолапость. Врожденная косолапость …………...….163

Тема 20. Кривошея. Косолапость. Мышечная кривошея …………………...172

Тема 21. Дисплазия костной ткани. Фиброзные остеодистрофии ………….181

Тема 22. Дисплазия костной ткани (диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация) ………………………………………...190

Тема 23. Остеохондропатии Определение. Этиология. Стадии заболевания …………………………………………………………………………………...199

Тема 24. Остеохондропатии. Остеохондропатии тел позвонков и апофиза тел позвонков …………………………………………………………………….…208

Тема 25. Врожденная и приобретенная патология тазобедренного сустава. COXA VARA. Этиология, клиника, диагностика ………………………...…217

Тема 26. Врожденная и приобретенная патология тазобедренного сустава. Пороки развития бедра. Классификация, клиника диагностика ……………224

Тема 27. Методы обследования в детской урологии ………………………..231

Тема 28. Методы обследования в детской урологии. Семиотика урологических заболеваний …………………………………………………..238

Тема 29. Аномалии развития мочевыделительной системы. Аномалии развития почек …………………………………………………………………244

Тема 30. Аномалии развития мочевыделительной системы. Аномалии развития мочевого пузыря и уретры ………………………………………….252

Тема 31. Аномалии развития мочевыделительной системы. Методы диагностики аномалий верхних мочевых путей ………………………….….260

Тема 32. Обструктивные уропатии. Врожденный гидронефроз …………....268

Тема 33. Обструктивные уропатии Инфравезикальная обструкция ……….277

Тема 34. Обструктивные уропатии. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс ………………………………………………………………………………...…285

Тема 35. Мочекаменная болезнь у детей. Этиология, патогенез ……….…..294

Тема 36. Мочекаменная болезнь у детей. Камни мочевого пузыря ………..301

Тема 37. Мочекаменная болезнь у детей. Лечение мочекаменной болезни у детей …………………………………………………………………………….308

Тема 38. Травма мочевыделительной системы. Травма почек …………..…315

Тема 39. Травма мочевыделительной системы. Травма мочевого пузыря и уретры …………………………………………………………………………..321

Тема 40. Травма мочевыделительной системы. Травма мочевого пузыря и уретры ………………………………………………………………………..…327

Тема 41. Острые заболевания органов мошонки. Заболевания гидатиды. Клиника, диагностика, лечение ……………………………………………….333

Тема 42. Острые заболевания органов мошонки. Заворот яичка и семенного канатика ………………………………………………………………………...341

Тема 43. «Малая урология» Крипторхизм. Варикоцеле …………………….349

Тема 44. «Малая урология» Патология крайне плоти ………………..……..357

Тема 45. Грыжи передней брюшной стенки. Пупочная грыжа. Параумбиликальная грыжа ……………………………………………………364

Тема 46. Грыжи передней брюшной стенки Паховые и пахово-мошоночные грыжи. Бедренные грыжи ……………………………………………………..372

Тема 47. Язвенные процессы желудочно-кишечного тракта Язва ДПК. Клиника, диагностика, лечение ……………………………………………….380

Тема 48. Язвенные процессы желудочно-кишечного тракта. Язва желудка …………………………………………………………………………………...389

Тема 49. Хронические, диффузные заболевания печени. Истинные гепатиты …………………………………………………………………………………...398

Тема 50. Хронические, диффузные заболевания печени. Гепатиты спутники …………………………………………………………………………………...408

Тема 51. Врожденные пороки желчевыводящих путей …………..…………418

Тема 52. Врожденные пороки желчевыводящих путей. Желчекаменная болезнь (острый калькулезный холецистит) ………………………………...424

Тема 53. Хирургические заболевания селезенки. Инфаркт селезенки. Абсцессы селезенки ………………………………………………………...…430

Тема 54. Хирургические заболевания селезенки. Лечение …………………441

Тема 55. Заболевания толстой кишки. Мегаколон. Долихосигма. Болезнь Гиршпрунга ………………………………………………………………….…453

Тема 56. Заболевания толстой кишки. Функциональные расстройства толстой кишки …………………………………………………………………………...461

Тема 57. Портальная гипертензия. Внутрипеченочный блок. Надпеченочный блок ……………………………………………………………………………..469

Тема 58. Портальная гипертензия. Подпеченочный блок. Смешенный блок ………………………………………………………………………...…………479

Тема 59. Опухоли костей у детей. Доброкачественные опухоли ………….489

Тема 60. Опухоли костей у детей. Злокачественные опухоли ……………..498

Тема 61. Опухоли костей у детей. Лечение доброкачественных и злокачественных опухолей …………………………………………………....507

Тема 62. Опухоли брюшной полости и забрюшинного. Доброкачественные опухоли ……………………………………………………………………...….516

Тема 63. Опухоли брюшной полости и забрюшинного. Злокачественные опухоли …………………………………………………………………..……..525

Тема 64. Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства. Злокачественные опухоли забрюшинного пространства ………………...…534

Тема 65. Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства. Особенности лечение злокачественных опухолей. Показания к консервативным и оперативным методам лечения ………………………….543

Тема 66. Опухоли и кисты средостения. Доброкачественные опухоли ……………………………………………………………………………...……552

Тема 67. Опухоли и кисты средостения. Злокачественные опухоли ……...559

Тема 68. Опухоли и кисты средостения. Лечение опухолей и кист средостения ……………………………………………………………………567

Тема 69. Мягкотканные бластомы у детей. Доброкачественные опухоли …………………………………………………………………………………..575

Тема 70. Мягкотканные бластомы у детей ……………………………….....584

Тема 71. Мягкотканные бластомы у детей. Лечение …………………...…..593

Тема 72. Острая гнойная деструкция легких у детей. Внутрилегочная деструкция ……………………………………………………………………..601

Тема 73. Острая гнойная деструкция легких у детей. Буллезная трансформация легких. Ателектаз легкого ………………………………….607

Тема 74. Острая гнойная деструкция легких у детей. Деструкция с плевральными осложнениями ……………………………………….……….613

Тема 75. Острая гнойная деструкция легких у детей. Консервативное и оперативное лечение ОГДП …………………………………………………..619

Тема 76. Бронхоэктатическая болезнь. Врожденная БЭБ …………………..625

Тема 77. Бронхоэктатическая болезнь. Приобретенная БЭБ ……………….634

Тема 78. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика ……………………………………………...643

Тема 79. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Лечение БЭБ: консервативное, оперативное …………………………………………………………………….652

Тема 80. Химические ожоги. Этиология, патогенез, классификация .……..661

Тема 81. Химические ожоги. Клиническая картина. Оценка глубины поражения ………………………………………………………………………670

Тема 82. Химические ожоги. Диагностика, дифференциальная диагностика…………………………………………………………………......679

Тема 83. Химические ожоги. Первая помощь. Консервативное и оперативное лечение ………………………………………………………………………….688

Тема 84. Острый аппендицит у детей. Анато-физиологические особенности червеобразного отростка у детей. Острый аппендицит у детей до года …………………………………………………………………………………..697

Тема 85. Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у детей до 3-х лет …………………………………………………………………………………...706

Тема 86. Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у детей старшего возраста …………………………………………………………………………715

Тема 87. Острый аппендицит у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение ………………………………………………………...724

Тема 88. Приобретенная кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез. Патогенез спайкообразования ……………………….733

Тема 89. Приобретенная кишечная непроходимость. Клиника кишечной непроходимости. Диагностика ………………………………………………..740

Тема 90. Приобретенная кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение ……………………...747

Тема 91. Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишок у детей …………………………………………………………………………….754

Тема 92. Перитониты у детей. Анатомофизиологические особенности ьрюшной полости у детей ……………………………………………………..762

Тема 93. Перитониты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация ………………………………………………………………………………… 771

Тема 94. Перитониты у детей. Клиническая картина. Фазы перитонита ……………………………………………………………………………….......780

Тема 95. Перитониты у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение …………………………………………………………………………789

Тема 96. Интенсивная терапия в детской хирургии. Понятие. Принципы интенсивной терапии ……………………………………………………….....798

Тема 97. Интенсивная терапия в детской хирургии. Группы жилкостей для инфузионной терапии …………………………………………………………808

Тема 98. Интенсивная терапия в детской хирургии. Реализация программы инфузионной терапии …………………………………………………………818

Тема 99. Интенсивная терапия в детской хирургии. Принципы антибактериальной терапии в детской хирургии ……………………….......828

Тема 100. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Классификация ………………………………………………………………...839

Тема 101. Острый гематогенный остеомиелит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика ……………………………...847

Тема 102. Острый гематогенный остеомиелит. Лечение …………………...855

Тема 103. Острый гематогенный остеомиелит. Хронический остеомиелит …………………………………………………………………………………...863

Тема 104. Кровотечения желудочно-кишечного тракта. Из верхних отделов …………………………………………………………………………………...871

Тема 105. Кровотечения желудочно-кишечного тракта Из нижних отделов …………………………………………………………………………………...879

Тема 106. Врожденная кишечная непроходимость. Высокая врожденная кишечная непроходимость ……………………………………………………887

Тема 107. Врожденная кишечная непроходимость. Низкая врожденная кишечная непроходимость ……………………………………………………896

Тема 108. Врожденная кишечная непроходимость. Лечение врожденной кишечной непроходимости ……………………………………………….......905

Тема 109. Пороки развития пищевода у детей. Эмбриогенез пищевода и трахеи. Атрезия пищевода …………………………………………………….914

Тема 110. Пороки развития пищевода у детей. Лечение атрезии пищевода. Осложнения …………………………………………………………………….922

Тема 111. Пороки развития пищевода у детей. Диафрагмальная грыжа. Клиника. Диагностика. Лечение ………………………………………….......930

Тема 112. Ано-ректальные пороки развития. Высокая и низкая атрезия прямой кишки и ануса …………………………………………………………938

Тема 113. Ано-ректальные пороки развития. Свищевые формы ано-ректальных пороков …………………………………………………………...947

Тема 114. Ано-ректальные пороки развития. Лечение ано-ректальных пороков ……………………………………………………………………........956

Тема 115. Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Некротическо-язвенный энтероколит у доношенных ………………………………………..965

Тема 116. Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Некротическо-язвенный энтероколит у недоношенных ……………………………………..972

Тема 117. Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика ……………………………………………...979

Тема 118. Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Лечение…………986

Список литературы……………………………………………………………..992

Законодательные и нормативно-правовые документы………………………994

**1.Тема «Травма длинных трубчатых костей. Переломы верхней конечности»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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, методы лечения и показания к их применению.

- 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.

**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. - 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии,

- методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза, алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной; методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, - навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Особенности переломов у детей.
2. Особенности диагностики.
3. Сроки появления ядер окостенения.
4. Принципы лечения переломов у детей в различных возрастных  
   группах.
5. Допустимые смещения при переломах.
6. Сращение переломов в различных возрастных группах.
7. Особенности ЛФК и реабилитации у ребенка с переломом.
8. Осложнения, их особенности в связи с неполным окостенением
9. Причины травмы трубчатых костей у детей.
10. Укажите классификацию травмы верхней конечности, дистального и проксимального отделов плечевой кости

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ

1. с устранения ротационного смещения
2. с устранения смещения по ширине
3. с устранения смещения по длине
4. с устранения углового смещения
5. с устранения смещения по ширине и длине

2. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. деструкция метафиза плечевой кости
2. наличие видимого костного отломка
3. увеличение угола наклона эпифиза по отношению к продольной оси диафиза
4. видимая костная мозоль
5. луковичный периостит

3. АВТОР МОНОГРАФИИ «ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ»

1. Исаков
2. Долецкий
3. Баиров
4. Эпштейн
5. Рокицкий

4.. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. перелом в/з плеча
2. перелом хирургической шейки
3. субкапитальный перелом
4. перелом мыщелков
5. перелом с/з плеча

5. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА 12-14 ЛЕТНИМ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1. аппаратом Илизарова
2. пластиной
3. лонгетой
4. костным швом
5. спицей Киршнера

6. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖИ – ЭТО

1. вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
2. вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
3. вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей н/з костей предплечья
4. вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
5. вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

7. ДЛЯ ОТРЫВА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. гематома
2. нарушенный треугольник Гюнтера
3. положительный симптом Маркса
4. ограничение движений
5. симптом Мантеджи

8. ПРЕДПЛЕЧЬЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НАРУЖНОГО МЫЩЕЛКА

1) приведено

2) отведено

3) кнутри

3) ротировано внутрь

5) ротировано внутрь и приведено

09. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА-ВЫВИХА ГОЛОВКИ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНО

1) укорочение плеча

2) плечо не отведено

3) "пружинящие" движения отсутствуют

4) при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

5) все перечисленное верно

10. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА СОСТАВЛЯЕТ

1) 1-2 недели

2) 4 недели

3) 6 недель

4) 8 недель

5) 10 недель

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 3
3. 3
4. 2
5. 5
6. 5
7. 5
8. 2
9. 5
10. 2

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребёнок получил автодорожную травму. Жалуется на боли в в/з бедра головную боль, на затруднение глубокого вдоха.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какую помощь нужно оказать на месте происшествия?

3. Алгоритм рентгенологического исследования.

4. Профилактика осложнений после стационарного лечения.

5. Виды детского травматизма, основные возрастные группы, учитываемые в детском травматизме.

**Задача №2**

В клинику детской хирургии поступил ребёнок 4-х лет с диагнозом: эпифизеолиз проксимальной головки плечевой кости.

1. Укажите данные, характерные для эпифизеолиза проксимальной головки плечевой кости у ребёнка 4-х лет.

2. Дополнительные методы обследования.

3. Срок иммобилизации

4. Виды костной мозоли

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача №3**

В клинику детской хирургии поступил ребенок с диагнозом апофизеолиз медиального мыщелка левой плечевой кости.

1. Какие данные характерны для апофизеолиза медиального мыщелка левой плечевой кости?

2. Дополнительные методы обследования.

3. Срок иммобилизации с допустимым смешением.

4. Основными принципами ведения травматологического пациента являются

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача №4**

Ребёнок 7 лет с резаной раной правого предплечья в с/3 обратился в травмпункт.

Задания:

1. Какой должна быть Ваша тактика?

2. Виды сухожильного шва.

3. Срок иммобилизации.

4. Амбулаторная реабилитация.

5. Критерии выписки к труду травматологического пациента.

**Задача №5**

Мальчик 13-ти лет упал с дерева, ударился в/3 правого плеча.

Обратился к травматологу с жалобами на боли в в/3 плеча, имеется отек конечности, поднять её ребёнок не может.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какое обследование необходимо провести?

3. Назначьте лечение.

4. Виды детского травматизма, основные возрастные группы, учитываемые в детском травматизме.

5. Срок иммобилизации.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1 Диагноз: Сочетанная травма (предположительно: перелом бедра, ЧМТ, травма легкого).

2. Уложить на щит. Иммобилизировать бедро шиной Дитерихса или 3-мя шинами Крамера. Обезболить. Доставить в ДХО.

3. Обзорная рентгенография черепа, в/3 бедра, грудной клетки в 2-х проекциях.

4. Наблюдение детским хирургом, неврологом по месту жительства, ограничение физической нагрузки, ЛФК.

5.Бытовой, уличный, школьный, спортивный, прочий. Родовый, грудной, преддошкольный, дошкольный, школьный.

**К задаче №2:**

1. Боль в области проекции плечевой кости, отёк, нарушение движения, на R-грамме - смешение эпифиза по отношению к метафазу.

2. Рентгенофафия в/3 плечевой кости в 2-х проекциях.

3. 20-21 день.

4. Периостальную — формируется небольшое утолщение вдоль линии перелома.

Эндоостальную — костная мозоль расположена внутри кости, возможно небольшое уменьшение толщины кости в месте перелома.

Интермедиальную — костная мозоль расположена между костными отломками, профиль кости не изменён.

Параоссальную — окружает кость достаточно крупным выступом, может искажать форму и структуру кости.

5. Препараты кальция, витамин Д, физиолечение, ЛФК, полноценное питание.

**К задаче №3:**

1. Деформация, отёчность, кровоподтёк на медиальной поверхности мыщелка левой плечевой кости, боль при движении. Треугольник Гюнтера не равносторонен, симптом Маркса отрицателен.

2. Рентгенофафия н/3 плечевой кости + локтевого сустава в 2-х проекциях.

3. Дети до 7 лет – 10 дней, старше - 2 недели.

4. Неотложное оказание медицинской помощи; проведение качественного обезболивания, ранней иммобилизации и правильной транспортировки пострадавшего; точная рентгенологическая диагностика (минимум в двух проекциях); профилактика столбняка и развития инфекционного процесса; качественная репозиция отломков и обеспечение их фиксации; правильная иммобилизация с контролем сохранности сосудисто-нервного пучка; придание возвышенного положения пострадавшей конечности, способствующего венозному оттоку от дистальных отделов; исключение нагрузки на поврежденную конечность на протяжении всего времени формирования мягкой мозоли (особенно в первые три недели); периодический рентгенконтроль образования костной мозоли и вторичного смещения; ранняя разработка конечности (ЛФК со 2–3 дня после репозиции и фиксации отломков, сначала для незадействованных отделов иммобилизованной конечности); стимуляция остеогенеза и репаративных процессов по показаниям (в случае остеопороза); непрерывность реабилитации.

5. Препараты кальция, витамин Д, физиолечение, ЛФК, полноценное питание.

**К задаче №4:**

1. Произвести первичную хирургическую обработку раны. При ранении сухожилия - направить в ДТО.

2. Казакова, Кюнео, Беннеля.

3. 3 недели.

4. ЛФК только после иммобилизации - активные движения, тёплые ванночки по10-15 мин., физиолечение (парафин, электрофорез с лидазой).

5. Отсутствие болевого синдрома, в т. ч. при пальпации, умеренной нагрузке; отсутствие выраженного отека; восстановление полного объема движений в суставах или незначительные ограничения объема движений; отсутствующие или незначительные функциональные нарушения

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Закрытый перелом в/з правого плеча.

2. R-графия в 2-х проекциях.

3. Репозиция костных фрагментов, фиксация лонгетой (Турнера).

4. Бытовой, уличный, школьный, спортивный, прочий. Родовый, грудной, преддошкольный, дошкольный, школьный.

5. На срок 3-4 недел

**6. Перечень и стандарты практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование ребенка с травмой опорно-двигательного аппарата
3. Интерпретация данных рентгенограмм.
4. Формулировка диагноза
5. Назначение лечения
6. Пункция кости
7. Фиксация костей при переломах
8. Остеометалосинтез

**1.Тема «Травма длинных трубчатых костей. Травма нижней конечности».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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, методы лечения и показания к их применению.

- 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.

**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. - 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии,

- методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза, алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной; методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, - навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Анатомические особенности переломов н\конечностеи
2. Классификация повреждений н\конечностей у детей.
3. Клиника перелома бедра, голени, стопы, плюсневых костей
4. Диагностика переломов н\конечностей.
5. Лечение переломов н\конечностей.
6. Лечение новорожденных с повреждением нижних конечностей.
7. Показание к скелетному вытяжению.
8. Показание к оперативному лечению.
9. Осложнения в процессе лечения.
10. Диспансеризация и реабилитация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

а) перелом медиального мыщелка;

б) перелом шейки бедренной кости;

в) изолированный перелом большого вертела;

г) изолированный перелом малого вертела.

д) Перело Монтеджи

2. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

а) верхняя треть диафцза;

б) эпифиз;

в) средняя треть диафиза;

г) нижняя треть диафиза.

3. УКАЖИТЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

а) наложить шины Крамера;

б) шина Дитерихса;

в) введение промедола;

г) повязка Громова.

4. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА БЕДРА СО СМЕЩЕНИЕМ:

а) припухлость;

б) крепитация;

в) нарушение функции;

г) укорочение абсолютной длины конечности;

д) укорочение относительной длины конечности.

5. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У РЕБЕНКА 1 ГОДА:

а) вытяжение скелетное;

б) вытяжение лейкопластырное;

в) операция;

г) ручная репозиция.

6. КАКИЕ МЫШЦЫ СМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ КНАРУЖИ:

а) периформис;

б) грацимис;

в) портняжная;

г) большая и малая ягодичная.

7. ПОЧЕМУ ОПАСЕН ПЕРЕЛОМ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

а) ранение малоберцового нерва;

б) ранение седалищного нерва;

в) ранение бедренной артерии;

г) ранение подколенной вены.

8. КАКИЕ МЫШЦЫ СМЕЩАЮТ ДИСТАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ БЕДРЕННОЙ КОСТИ КЗАДИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ:

а) широкая фасция бедра;

б) приводящая;

в) ягодичные;

г) икроножные.

9. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

а) открытый перелом;

б) дебильный ребенок;

в) интерпозиция мягких тканей;

г) недопустимое смещение;

д) многооскольчатый перелом с интерпозицией мягких тканей.

10. ГДЕ ПРОВОДИТСЯ СПИЦА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

а) за надколенник;

б) за медиальный мыщелок;

в) за метафиз бедренной кости;

г) за больший вертел.

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. б,в,г;
2. а,в,г;
3. а,б,в;
4. а,б,в,г,д;
5. б;
6. г;
7. г;
8. г;
9. а,б,в,г,е;  
   10.6;

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

Мальчик, 13 лет, упал со второго этажа, появились боли в верхней трети правого бедра, не смог встать на конечность.

1. Ваша тактика.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте лечение.

**Задача №2.**

Во время родов применялось пособие по Цовьяну, т.к. ребенок находился в тазовом предлежании. Вы - педиатр в роддоме. Осмотрели ребенка, отметили деформацию в верхней трети левого бедра, отечность, нарушение сгибания в тазобедренном суставе.

1. Ваша тактика.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите методы обследования.
4. Лечение.

**Задача №3.**

Ребенок, 5 лет, упал с горки, ударился нижней третью правого бедра о бордюр. Беспокоят боли в бедре. Объективно: отечность, деформация в нижней трети бедра, движения в коленном суставе ограничены из-за боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача скорой помощи.
3. Методы исследования.
4. Лечение.

**Задача №4.**

Мальчик, 13 лет, жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает. При осмотре движения ротационные в тазобедренном суставе болезненны (масса тела ребенка 52 кг).

1. Ваш диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение.

**Задача №5.**

На мальчика, 10 лет, на стройке упала плита на правую нижнюю конечность. Он пролежал 2 часа, пока его вытащили из-под завала.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Ответ к задаче №1.**

Провести иммобилизацию шиной Крамера, ввести

обезболивающее, направить в ДТО.

Провести R-графию бедра в 2-х проекциях.

Диагноз: Закрытый перелом в/3 правого бедра со смещением по

ширине, длине.

Лечение: Уложить конечность на шину Белера на 21 день. Груз

1/7 веса тела. При удовлетворительном отломков,

появлении костной мозоли наложить кокситную гипсовую

повязку на 2 мес. ЛФК.

**Ответ к задаче №2.**

Вызвать детского травматолога. Провести иммобилизацию коночности, перевести в ДТО. Выполнить R-графию бедра в 2-х проекциях. Наложить лейкопластырное вытяжение по Шаде на 2 недели. ЛФК.

Диагноз: Закрытый перелом н/3 правого бедра со смещением по ширине, длине.

**Ответ к задаче №3.**

Наложить 3 шины Крамера. Ввести обезболивающее. Направить

в ДТО. В ДТО выполнить R-графию правого бедра в 2-х

проекциях.

Диагноз: Закрытый перелом правого бедра в н/3 со смещением

по ширине, длине.

Лечение: Наложить скелетное вытяжение за бугристость

болыыеберцовой кости, уложить конечность на шину Белера.

Груз 1/7 веса теларебенка. Через 21 день после контрольной R-

графии наложить кокситную гипсовую повязку на 2 месяца.

ЛФК.

**Ответ к задаче №4.**

Подозрение на юношеский эпифизеолиз головки левой бедренной кости. Наложить шину Крамера (3). Отправить в ДТО. В ДТО R-графия сустава в 2-х проекциях (в передне-задней и по Лауэнштейну).

Лечение: Одномоментная репозиция. Остеосинтез пучком спиц Бека. Фиксация на шине Белера или гипсовой повязкой.

**Ответ к задаче №5.**

Синдром длительного раздавливания правой нижней конечности. Наложить жгут, ввести обезболивающее, иммобилизировать конечность, направить б-го в ДТО. Лечение краш-синдрома.

**6. Перечень практических умений**

1. Наложение транспортной иммобилизации при повреждениях н/конечностей.
2. Наложение иммобилизации.
3. Чтение рентгенограмм.
4. Наложение скелетного вытяжения при переломах н/конечностей.
5. Измерение оси конечности, длины конечности (абсолютной, относительной), окружности бедра,голени.
6. Углометрия в т\бедренном, коленном, лучезапястном суставах по всем осям вовсех плоскостях.
7. . Участие при закрытой ручной репозиции отломков.
8. Определение на рентгенограмме допустимых углов смещения.
9. Участие в операции

**1.Тема: «Травма длинных трубчатых костей. Лечение травмы длинных трубчатых костей».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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, методы лечения и показания к их применению.

- 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.

**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. - 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии,

- методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза, алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной; методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, - навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Лечение переломов плечевой кости

2. Лечение изолированных переломов локтевой кости

3. Лечение переломов шейки лучевой кости

4. Лечение остеоэпифизеолиза

5. Лечение перелома Монтеджи

6. Лечение переломов пястных костей и фаланг

7. Лечение апофизеолиза малого вертела бедра.

8. Лечение перелома Бедренной кости

9. Лечение пероломов межмыщелкового возвышения

10. Лечение переломов диафиза костей голени

11. Лечение переломов пяточной кости

12. Лчение переломов плюсневых костей

13. Лечение повреждений коленного сустава

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

а) перелом медиального мыщелка;

б) перелом шейки бедренной кости;

в) изолированный перелом большого вертела;

г) изолированный перелом малого вертела.

д) Перело Монтеджи

2. УКАЖИТЕ ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

а) верхняя треть диафцза;

б) эпифиз;

в) средняя треть диафиза;

г) нижняя треть диафиза.

3. УКАЖИТЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

а) наложить шины Крамера;

б) шина Дитерихса;

в) введение промедола;

г) повязка Громова.

4. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА БЕДРА СО СМЕЩЕНИЕМ:

а) припухлость;

б) крепитация;

в) нарушение функции;

г) укорочение абсолютной длины конечности;

д) укорочение относительной длины конечности.

5. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У РЕБЕНКА 1 ГОДА:

а) вытяжение скелетное;

б) вытяжение лейкопластырное;

в) операция;

г) ручная репозиция.

6. КАКИЕ МЫШЦЫ СМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ КНАРУЖИ:

а) периформис;

б) грацимис;

в) портняжная;

г) большая и малая ягодичная.

7. ПОЧЕМУ ОПАСЕН ПЕРЕЛОМ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

а) ранение малоберцового нерва;

б) ранение седалищного нерва;

в) ранение бедренной артерии;

г) ранение подколенной вены.

8. КАКИЕ МЫШЦЫ СМЕЩАЮТ ДИСТАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ БЕДРЕННОЙ КОСТИ КЗАДИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ:

а) широкая фасция бедра;

б) приводящая;

в) ягодичные;

г) икроножные.

9. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА:

а) открытый перелом;

б) дебильный ребенок;

в) интерпозиция мягких тканей;

г) недопустимое смещение;

д) многооскольчатый перелом с интерпозицией мягких тканей.

10. ГДЕ ПРОВОДИТСЯ СПИЦА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

а) за надколенник;

б) за медиальный мыщелок;

в) за метафиз бедренной кости;

г) за больший вертел.

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

* 1. б,в,г;
  2. а,в,г;
  3. а,б,в;
  4. а,б,в,г,д;
  5. б;
  6. г;
  7. г;
  8. г;
  9. а,б,в,г,е;
  10. .6;

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

Мальчик, 13 лет, упал со второго этажа, появились боли в верхней трети правого бедра, не смог встать на конечность.

1. Ваша тактика.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте лечение.

**Задача №2.**

Во время родов применялось пособие по Цовьяну, т.к. ребенок находился в тазовом предлежании. Вы - педиатр в роддоме. Осмотрели ребенка, отметили деформацию в верхней трети левого бедра, отечность, нарушение сгибания в тазобедренном суставе.

1. Ваша тактика.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите методы обследования.
4. Лечение.

**Задача №3.**

Ребенок, 5 лет, упал с горки, ударился нижней третью правого бедра о бордюр. Беспокоят боли в бедре. Объективно: отечность, деформация в нижней трети бедра, движения в коленном суставе ограничены из-за боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача скорой помощи.
3. Методы исследования.
4. Лечение.

**Задача №4.**

Мальчик, 13 лет, жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает. При осмотре движения ротационные в тазобедренном суставе болезненны (масса тела ребенка 52 кг).

1. Ваш диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение.

**Задача №5.**

На мальчика, 10 лет, на стройке упала плита на правую нижнюю конечность. Он пролежал 2 часа, пока его вытащили из-под завала.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Ответ к задаче №1.**

Провести иммобилизацию шиной Крамера, ввести

обезболивающее, направить в ДТО.

Провести R-графию бедра в 2-х проекциях.

Диагноз: Закрытый перелом в/3 правого бедра со смещением по

ширине, длине.

Лечение: Уложить конечность на шину Белера на 21 день. Груз

1/7 веса тела. При удовлетворительном отломков,

появлении костной мозоли наложить кокситную гипсовую повязку на 2 мес. ЛФК.

**Ответ к задаче №2.**

Вызвать детского травматолога. Провести иммобилизацию коночности, перевести в ДТО. Выполнить R-графию бедра в 2-х проекциях. Наложить лейкопластырное вытяжение по Шаде на 2 недели. ЛФК.

Диагноз: Закрытый перелом н/3 правого бедра со смещением по ширине, длине.

**Ответ к задаче №3.**

Наложить 3 шины Крамера. Ввести обезболивающее. Направить

в ДТО. В ДТО выполнить R-графию правого бедра в 2-х проекциях.

Диагноз: Закрытый перелом правого бедра в н/3 со смещением по ширине, длине.

Лечение: Наложить скелетное вытяжение за бугристость болыыеберцовой кости, уложить конечность на шину Белера.

Груз 1/7 веса теларебенка. Через 21 день после контрольной R- графии наложить кокситную гипсовую повязку на 2 месяца.

ЛФК.

**Ответ к задаче №4.**

Подозрение на юношеский эпифизеолиз головки левой бедренной кости. Наложить шину Крамера (3). Отправить в ДТО. В ДТО R-графия сустава в 2-х проекциях (в передне-задней и по Лауэнштейну).

Лечение: Одномоментная репозиция. Остеосинтез пучком спиц Бека. Фиксация на шине Белера или гипсовой повязкой.

**Ответ к задаче №5.**

Синдром длительного раздавливания правой нижней конечности. Наложить жгут, ввести обезболивающее, иммобилизировать конечность, направить б-го в ДТО. Лечение краш-синдрома.

**6.Перечень практических умений**

1. Наложение транспортной иммобилизации при повреждениях н/конечностей.
2. Наложение иммобилизации.
3. Чтение рентгенограмм.
4. Наложение скелетного вытяжения при переломах н/конечностей.
5. Измерение оси конечности, длины конечности (абсолютной, относительной), окружности бедра, голени.
6. Углометрия в т\бедренном, коленном, лучезапястном суставах по всем осям во всех плоскостях.
7. . Участие при закрытой ручной репозиции отломков.
8. Определение на рентгенограмме допустимых углов смещения.

**1.Тема «Травма в области локтевого сустава (диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения)».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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, методы лечения и показания к их применению.

- 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.

**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. - 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии,

- методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза, алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной; методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, - навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Механизм травмы надмыщелковых переломов плеча
2. Клиническая картина
3. Принципы лечения
4. Показание к операции.
5. Осложнения, диспансеризация, реабилитация.
6. Механизм травмы надмыщелковых переломов плеча
7. Клиническая картина
8. Принципы лечения
9. Показание к операции.
10. Осложнения, диспансеризация, реабилитация.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ

1. с устранения ротационного смещения
2. с устранения смещения по ширине
3. с устранения смещения по длине
4. с устранения углового смещения
5. с устранения смещения по ширине и длине

2. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТС

1. деструкция метафиза плечевой кости
2. наличие видимого костного отломка
3. увеличение угола наклона эпифиза по отношению к продольной оси диафиза
4. видимая костная мозоль
5. луковичный периостит

3. АВТОР МОНОГРАФИИ «ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ»

1. Исаков
2. Долецкий
3. Баиров
4. Эпштейн
5. Рокицкий

4. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. перелом в/з плеча
2. перелом хирургической шейки
3. субкапитальный перелом
4. перелом мыщелков
5. перелом с/з плеча

5. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА 12-14 ЛЕТНИМ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1. аппаратом Илизарова
2. пластиной
3. лонгетой
4. костным швом
5. спицей Киршнера

6. ДЛЯ ОТРЫВА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. гематома
2. нарушенный треугольник Гюнтера
3. положительный симптом Маркса
4. ограничение движений
5. симптом Мантеджи

7. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА-ВЫВИХА ГОЛОВКИ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНО

1. укорочение плеча

2. плечо не отведено

3. "пружинящие" движения отсутствуют

4. при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

5. все перечисленное верно

8. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-2 недели

2. 4 недели

3. 6 недель

4. 8 недель

5. 10 недель

9. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 12-14 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1) одной спицей

2) двумя спицами

3) спицей с боковой компрессией

4) костным швом

5) шило-шурупом Тер - Егиазарова

10. ПОЛНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРЕН В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

1) новорожденных

2) до 1 года

3) от 1 до 3 лет

4) от 3 до 5 лет

5) от 5 до 12 лет

**Эталоны ответов на тестовые задания:**

1. 3
2. 3
3. 3
4. 2
5. 5
6. 5
7. 5
8. 2
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Мальчик 13 лет упал с дерева, ударился в/3 правого плеча. Обратились в ДТО. Жалобы на боли в в/3 плеча, отек, поднять в/конечность не может. Поставьте диагноз, какое обследование провести, назначьте лечение.

**Задача №2**

Ребёнок 3-х лет шёл по лестнице с отцом, оступился, стал падать. Отец потянул его за руку и удержал от падения, ребёнок закричал от болей в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены. Супинация и пронация невозможны из-за боли.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Догоспитальная помошь.

3. Объём дополнительного исследования.

4. Тактика, лечение.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача №3**

Мальчик 6 лет упал с дерева на согнутую руку. Появилась резкая боль, припухлость, деформация. Отец доставил ребёнка на своей машине в

Стационар, предварительно подвесив руку на косынку. При осмотре правый локтевой сустав отечен, имеется обширная гематома, движения отсутствуют,

треугольник Гюнтера отсутствует, симптом Маркса отрицательный. На R-грамме в 2-х проекциях линия перелома проходит через мыщелки, смещение дистального фрагмента вперёд на 2/3.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Срок иммобилизации.

4. Амбулаторная реабилитация.

5. Критерии выписки к труду травматологического пациента:

**Задача №4**

Во время оказания акушерского пособия ребенок получил травму правой верхней конечности. При осмотре рука свисает вдоль туловища, актив движения отсутствуют, болезненность в плечевом суставе. Определите объем неотложной помощи в условиях роддома, тактику педиатра. Показания и сроки перевода в ДТО, диагноз, тактика лечения, осложнения?

**Задача № 5**

В клинику детской хирургии поступил ребенок 6 лет с диагнозом перелома Галиацци.

Задания:

1. Укажите, какие данные характерны для перелома Галиацци у ребёнка 6-ти лет.

2. Дополнительные методы обследования.

3. Срок иммобилизации.

4. Этапы ЛФК.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Эталон ответов к задачам:**

**К задаче № 1**

Диагноз: закрытый перелом в/3 правого плеча. R-графия в 2-х проекциях.

Репозиция костных фрагментов, фиксация лангетой Турнера на 21 день, ЛФК.

**К задаче № 2**

1. Диагноз: Подвывих головки лучевой кости.

2 Иммобилизация конечности шиной Крамера.

3. Рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях.

4. Показано вправление подвывиха без последующей иммобилизации. 5.ЛФК. При переломах верхней конечности акцент в реабилитации делается на профилактику контрактур и тугоподвижности суставов, сохранение способности захвата и удержания предметов. Необходимо возможно раннее включение больным поврежденной конечности в процесс самообслуживания, а в завершающей фазе реабилитации – восстановление полноценных навыков самообслуживания.

**К задаче № 3:**

1.Диагноз: Закрытый сгибательный чрезмыщелковый перелом со смещением по ширине.

2. Показана ручная репозиция, гипсовый лонгет.

3. 1 месяц.

4. 3 этапа ЛФК, тепловые физиопроцедуры, электрофорез, ограничение физической нагрузки на 2 месяца.

5. - Сформированная костная мозоль (должно быть подтверждено рентгенологически);

- отсутствие болевого синдрома, в т. ч. при пальпации, умеренной нагрузке;

- отсутствие выраженного отека;

- восстановление оси конечности и ее длины;

- восстановление полного объема движений в суставах или незначительные ограничения объема движений;

- отсутствующие или незначительные функциональные нарушения;

**К задаче №4**

Диагноз: подозрение на родовой эпифизеолиз правой плечевой кости. Показана иммобилизация повязкой Дезо, перевод в ДТО. Следует выполнить R-графию Лечение: репозиция и иммобилизация на отводящей шине.

**К задаче** № **5:**

1. При переломо-вывихе Галиацци отмечается вывих головки локтевой  
кости + перелом с/з лучевой кости.

2.Рентгенография с/з костей предплечья + кисти в 2-х проекциях.  
3.3-4 недели.

4.Препараты кальция, витамин Д, физиолечение, ЛФК, полноценное питание.

5.Реабилитация - Как вспомогательные методы лечения, проводятся лечебная гимнастика, массаж, физиотерапевтическое лечение, CPM-терапия. Сроки восстановления при переломах во многом определяются сложностью и локализацией перелома. До 1-2 месяцев.

6.**Перечень и стандарты практических умений:**

1. Собрать анамнез

2. Обследовать ребенка с травмой в области локтевого сустава

3. Интерпретировать данные рентгенограммы.

4. Сформировать диагноз

5. Назначить лечение

6. Пункция сустава

7. Фиксация костей гипсовой повязкой

8. Остеометалосинтез.

**1.Тема: «Травма в области локтевого сустава. Переломы локтевого отростка».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Причины переломов локтевого отростка
2. Клиническая картина переломов локтевого отростка
3. Диагностика
4. Дифференциальная диагностика
5. Принципы лечения переломов локтевого отростка у детей в различных возрастных группах.
6. Сращение переломов в различных возрастных группах.
7. Осложнения, их особенности в связи с неполным окостенением
8. Показание к операции.
9. Осложнения, диспансеризация, реабилитация.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ

1. с устранения ротационного смещения
2. с устранения смещения по ширине
3. с устранения смещения по длине
4. с устранения углового смещения
5. с устранения смещения по ширине и длине

2. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТС

1. деструкция метафиза плечевой кости
2. наличие видимого костного отломка
3. увеличение угола наклона эпифиза по отношению к продольной оси диафиза
4. видимая костная мозоль
5. луковичный периостит

3. АВТОР МОНОГРАФИИ «ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ»

1. Исаков
2. Долецкий
3. Баиров
4. Эпштейн
5. Рокицкий

4. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. перелом в/з плеча
2. перелом хирургической шейки
3. субкапитальный перелом
4. перелом мыщелков
5. перелом с/з плеча

5. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА 12-14 ЛЕТНИМ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1. аппаратом Илизарова
2. пластиной
3. лонгетой
4. костным швом
5. спицей Киршнера

6. ДЛЯ ОТРЫВА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. гематома
2. нарушенный треугольник Гюнтера
3. положительный симптом Маркса
4. ограничение движений
5. симптом Мантеджи

7. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА-ВЫВИХА ГОЛОВКИ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНО

1. укорочение плеча

2. плечо не отведено

3. "пружинящие" движения отсутствуют

4. при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

5. все перечисленное верно

8. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-2 недели

2. 4 недели

3. 6 недель

4. 8 недель

5. 10 недель

9. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 12-14 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1) одной спицей

2) двумя спицами

3) спицей с боковой компрессией

4) костным швом

5) шило-шурупом Тер - Егиазарова

10. ПОЛНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРЕН В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

1) новорожденных

2) до 1 года

3) от 1 до 3 лет

4) от 3 до 5 лет

5) от 5 до 12 лет

**Эталоны ответов:**

1. 3
2. 3
3. 3
4. 2
5. 5
6. 5
7. 5
8. 2
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Мальчик 13 лет упал с дерева, ударился в/3 правого плеча. Обратились в ДТО. Жалобы на боли в в/3 плеча, отек, поднять в/конечность не может. Поставьте диагноз, какое обследование провести, назначьте лечение.

**Задача №2**

Ребёнок 3-х лет шёл по лестнице с отцом, оступился, стал падать. Отец потянул его за руку и удержал от падения, ребёнок закричал от болей в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены. Супинация и пронация невозможны из-за боли.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Догоспитальная помошь.

3. Объём дополнительного исследования.

4. Тактика, лечение.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача №3**

Мальчик 6 лет упал с дерева на согнутую руку. Появилась резкая боль, припухлость, деформация. Отец доставил ребёнка на своей машине в

Стационар, предварительно подвесив руку на косынку. При осмотре правый локтевой сустав отечен, имеется обширная гематома, движения отсутствуют,

треугольник Гюнтера отсутствует, симптом Маркса отрицательный. На R-грамме в 2-х проекциях линия перелома проходит через мыщелки, смещение дистального фрагмента вперёд на 2/3.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Срок иммобилизации.

4. Амбулаторная реабилитация.

5. Критерии выписки к труду травматологического пациента:

**Задача №4**

Во время оказания акушерского пособия ребенок получил травму правой верхней конечности. При осмотре рука свисает вдоль туловища, актив движения отсутствуют, болезненность в плечевом суставе. Определите объем неотложной помощи в условиях роддома, тактику педиатра. Показания и сроки перевода в ДТО, диагноз, тактика лечения, осложнения?

**Задача № 5**

В клинику детской хирургии поступил ребенок 6 лет с диагнозом перелома Галиацци.

Задания:

1. Укажите, какие данные характерны для перелома Галиацци у ребёнка 6-ти лет.

2. Дополнительные методы обследования.

3. Срок иммобилизации.

4. Этапы ЛФК.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Эталон ответов к задачам:**

**К задаче № 1**

Диагноз: закрытый перелом в/3 правого плеча. R-графия в 2-х проекциях.

Репозиция костных фрагментов, фиксация лангетой Турнера на 21 день, ЛФК.

**К задаче № 2**

1. Диагноз: Подвывих головки лучевой кости.

2 Иммобилизация конечности шиной Крамера.

3. Рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях.

4. Показано вправление подвывиха без последующей иммобилизации. 5.ЛФК. При переломах верхней конечности акцент в реабилитации делается на профилактику контрактур и тугоподвижности суставов, сохранение способности захвата и удержания предметов. Необходимо возможно раннее включение больным поврежденной конечности в процесс самообслуживания, а в завершающей фазе реабилитации – восстановление полноценных навыков самообслуживания.

**К задаче № 3:**

1.Диагноз: Закрытый сгибательный чрезмыщелковый перелом со смещением по ширине.

1. Показана ручная репозиция, гипсовый лонгет.
2. 1 месяц.

4. 3 этапа ЛФК, тепловые физиопроцедуры, электрофорез, ограничение физической нагрузки на 2 месяца.

5. - Сформированная костная мозоль (должно быть подтверждено рентгенологически);

- отсутствие болевого синдрома, в т. ч. при пальпации, умеренной нагрузке;

- отсутствие выраженного отека;

- восстановление оси конечности и ее длины;

- восстановление полного объема движений в суставах или незначительные ограничения объема движений;

- отсутствующие или незначительные функциональные нарушения;

**К задаче №4**

Диагноз: подозрение на родовой эпифизеолиз правой плечевой кости. Показана иммобилизация повязкой Дезо, перевод в ДТО. Следует выполнить R-графию Лечение: репозиция и иммобилизация на отводящей шине.

**К задаче** № **5:**

1. При переломо-вывихе Галиацци отмечается вывих головки локтевой  
кости + перелом с/з лучевой кости.

2.Рентгенография с/з костей предплечья + кисти в 2-х проекциях.  
3.3-4 недели.

4.Препараты кальция, витамин Д, физиолечение, ЛФК, полноценное питание.

5.Реабилитация - Как вспомогательные методы лечения, проводятся лечебная гимнастика, массаж, физиотерапевтическое лечение, CPM-терапия. Сроки восстановления при переломах во многом определяются сложностью и локализацией перелома. До 1-2 месяцев.

**6.Перечень и стандарты практических умений:**

1. Собрать анамнез

2. Обследовать ребенка с травмой в области локтевого сустава

3. Интерпретировать данные рентгенограммы.

4. Сформировать диагноз

5. Назначить лечение

6. Пункция сустава

7. Фиксация костей гипсовой повязкой

8. Остеометалосинтез.

**1.Тема: «Травма в области локтевого сустава. Перелом венечного отростка».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

- общая: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- учебная:

**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, методы лечения и показания к их применению.

- 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.

**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. - 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии,

- методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза, алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной; методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, - навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

* + 1. Особенности переломов у детей.
    2. Особенности диагностики надмыщелковых переломов плеча.
    3. Сроки появления ядер окостенения.
    4. Допустимые смещения при надмыщелковых переломах.
    5. Классификация переломов локтевого сустава

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. АВТОР МОНОГРАФИИ «ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ»

1. Исаков

2. Долецкий

3. Баиров

4. Эпштейн

5. Рокицкий

2. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. перелом в/з плеча
2. перелом хирургической шейки
3. субкапитальный перелом
4. перелом мыщелков
5. перелом с/з плеча

3. ПРИ ОТРЫВНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА 12-14 ЛЕТНИМ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ

1. аппаратом Илизарова
2. пластиной
3. лонгетой
4. костным швом
5. спицей Киршнера

4. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖИ – ЭТО

1. вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
2. вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
3. вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей н/з костей предплечья
4. вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
5. вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

5. ДЛЯ ОТРЫВА ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1. гематома

2. нарушенный треугольник Гюнтера

3. положительный симптом Маркса

4. ограничение движений

5. симптом Мантеджи

6. ПРЕДПЛЕЧЬЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НАРУЖНОГО МЫЩЕЛКА

1) приведено

2) отведено

3) кнутри

3) ротировано внутрь

5) ротировано внутрь и приведено

7. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА-ВЫВИХА ГОЛОВКИ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНО

1) укорочение плеча

2) плечо не отведено

3) "пружинящие" движения отсутствуют

4) при пассивных движениях ощущается "костный хруст"

5) все перечисленное верно

8. СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА СОСТАВЛЯЕТ

1) 1-2 недели

2) 4 недели

3) 6 недель

4) 8 недель

5) 10 недель

9.ПОЧЕМУ У ДЕТЕЙ ПОДНАДКОСТНИЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

1. плотная, богато васкуляризованная надкостница
2. преобладание минеральных веществ в кости
3. преобладание органических веществ

10.УКАЖИТЕ КЕМ СОЗДАНА КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА:  
 1) Дамье

1. Исаковым
2. Долецким
3. Эпштейном

**Эталоны ответов:**

1. 3
2. 2
3. 5
4. 5
5. 5
6. 2
7. 5
8. 2
9. 1
10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Во время игры в футбол мальчик 10-ти лет упал на разогнутую руку, при этом почувствовал боль в области правого локтевого сустава, где возникла деформация. Ребёнок поддерживает конечность здоровой рукой, движения ограничены.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Каков объем помощи на догоспитальном этапе?

3. Объем помощи на госпитального этапа?

**Задача №2**

Ребёнок 3-х лет шёл по лестнице с отцом, оступился, стал падать. Отец потянул его за руку и удержал от падения, ребёнок закричал от болей в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены. Супинация и пронация невозможны из-за боли.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Догоспитальная помошь.

3. Объём дополнительного исследования.

4. Тактика, лечение.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача №3**

Мальчик 6 лет упал с дерева на согнутую руку. Появилась резкая боль, припухлость, деформация. Отец доставил ребёнка на своей машине в

Стационар, предварительно подвесив руку на косынку. При осмотре правый локтевой сустав отечен, имеется обширная гематома, движения отсутствуют,

треугольник Гюнтера отсутствует, симптом Маркса отрицательный. На R-грамме в 2-х проекциях линия перелома проходит через мыщелки, смещение дистального фрагмента вперёд на 2/3.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Срок иммобилизации.

4. Амбулаторная реабилитация.

5. Критерии выписки к труду травматологического пациента:

**Задача №4**

Ребёнок 11 лет получил травму верхней трети правого предплечья. Он был доставлен в ДТО с жалобами на боли в в/3 предплечья, деформацию и резкую боль при движении в области головки лучевой кости.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Объём дополнительного исследования.

3. Тактика, лечение.

4. Срок иммобилизации.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Задача № 5**

В клинику детской хирургии поступил ребенок 6 лет с диагнозом перелома Галиацци.

Задания:

1. Укажите, какие данные характерны для перелома Галиацци у ребёнка 6-ти лет.

2. Дополнительные методы обследования.

3. Срок иммобилизации.

4. Этапы ЛФК.

5. Амбулаторная реабилитация.

**Эталон ответов к задачам:**

**К задаче № 1:**

1.Диагноз: подозрение на закрытый чрезмыщелковый перелом правой плечевой кости или вывих костей

2.Рекомендовано проверить пульс и чувствительность, показаны иммобилизация шиной Крамера, введение обезболивающих, госпитализация.

3.Рентгенофафия в 2-х проекциях, репозиция перелома или вправление вывиха, гипсовая лонгета.

4.Организация занятий в спецучреждениях, извещение организациями о каждом случае спортивной травмы, разграничение занятий по возрасту, использование исправного специнвентаря по возрасту.

5. На срок 3-4 недели.

**К задаче № 2**

1. Диагноз: Подвывих головки лучевой кости.

2 Иммобилизация конечности шиной Крамера.

3. Рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях.

4. Показано вправление подвывиха без последующей иммобилизации. 5.ЛФК. При переломах верхней конечности акцент в реабилитации делается на профилактику контрактур и тугоподвижности суставов, сохранение способности захвата и удержания предметов. Необходимо возможно раннее включение больным поврежденной конечности в процесс самообслуживания, а в завершающей фазе реабилитации – восстановление полноценных навыков самообслуживания.

**К задаче № 3:**

1.Диагноз: Закрытый сгибательный чрезмыщелковый перелом со смещением по ширине.

1. Показана ручная репозиция, гипсовый лонгет.
2. 1 месяц.

4. 3 этапа ЛФК, тепловые физиопроцедуры, электрофорез, ограничение физической нагрузки на 2 месяца.

5. - Сформированная костная мозоль (должно быть подтверждено рентгенологически);

- отсутствие болевого синдрома, в т. ч. при пальпации, умеренной нагрузке;

- отсутствие выраженного отека;

- восстановление оси конечности и ее длины;

- восстановление полного объема движений в суставах или незначительные ограничения объема движений;

- отсутствующие или незначительные функциональные нарушения;

**К задаче № 4:**

1. Предварительный диагноз: Перелом Монтеджа.
2. R-графия костей предплечья в 2-х проекциях.
3. Под в/в наркозом произвести ручную репозицию перелома в/з локтевой кости, вправить вывих головки лучевой кости. Гипсовый лонгет.

4.21 день.

5. ЛФК по 3 периодам, тепловое физиолечение, электрофорез, ограничение физической нагрузки.

**К задаче** № **5:**

1. При переломо-вывихе Галиацци отмечается вывих головки локтевой  
кости + перелом с/з лучевой кости.

2.Рентгенография с/з костей предплечья + кисти в 2-х проекциях.  
3.3-4 недели.

4.Препараты кальция, витамин Д, физиолечение, ЛФК, полноценное питание.

5.Реабилитация - Как вспомогательные методы лечения, проводятся лечебная гимнастика, массаж, физиотерапевтическое лечение, CPM-терапия. Сроки восстановления при переломах во многом определяются сложностью и локализацией перелома. До 1-2 месяцев.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза

2. Обследование ребенка с травмой опорно-двигательного аппарата у детей.

3. Интерпретация данных рентгенограмм.

4. Формулировка диагноза

5. Назначить лечение

6. Пункция сустава

7. Фиксация костей гипсовой повязкой

8. Остеометалосинтез.

**1.Тема: «Травма позвоночника. Переломы поперечных и остистых отростков позвонков.».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Укажите на анатомо-физиологические особенности позвонков у  
   детей.
2. Укажите классификацию травм позвоночника и у детей.
3. Назовите виды повреждения спинного мозга при травме  
   позвоночника.
4. Назовите синдромы при повреждении позвоночника.
5. Опишите клинику перелома остистых отростков.
6. Опишите клинику перелома поперечных отростков.
7. Укажите клинику компрессионного перелома шейных позвонков.
8. Укажите клинику компрессионного перелома грудных позвонков.
9. Укажите клинику компрессионного перелома поясничных  
   позвонков.
10. Опишите клинику легкой травмы спинного мозга.
11. Опишите клинику ушиба, разрыва спинного мозга.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МЕХАНИХЗМ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) падение на ноги с высоты;  
Б) падение на ягодицы;

В) ныряние с высоты;

Г) удар в область живота;

Д) удар в облать груди;

2. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) до 1 года;  
Б) в 2 года;

В) в 5 лет;  
Г) в 8-14 лет;

Д) в 17 лет.

3. КАКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОСОБСТВУЮТ КОМПРЕССИИ:

A) гибкость;

Б) высокие межпозвоночные диски;

B) значительное количество хрящевой ткани;

Г) эластичность дужек, остистых отростков;

Д) подвижность.

4. УКАЖИТЕ НА КАКИХ УЧАСТКАХ ВСТРЕЧАЮТСЯ КОМПРЕССИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ:

А) среднегрудном V-XI;  
Б) поясничном;

В) верхнегрудном;  
Г) копчиковом;

Д) поясничном

5. ОТМЕТЬТЕ ПЕРЕЛОМЫ. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ В ШЕЙ НОМ ОТДЕЛЕ:

A) боль;

Б) наклон головы назад;

B) наклон головы вперед;

Г) болезненность при пальпации в месте перелома;

Д) отек.

6. УКАЖИТЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) боль;

Б) посттравматическое апноэ;

В) деформация в месте перелома;

Г) патологическая подвижность;

Д)отек.

7. УКАЖИТЕ КАКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕНТГЕН КАРТИНЫ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА:

А) снижение высоты переднего отдела тела позвонка;  
Б) уплотнение тени краниальной пластинки;

В) углубление талии тела позвонка;

Г) расширение межпозвоночного диска;

Д) сужение межпозвоночного диска.

8 УКАЖИТЕ УГОЛ ЕСТЕСТВЕННОЙ КЛИНОВИДНОСТИ У РЕБЕНКА:

А) 2

Б) 40

В) 60

Г) 70

Д) 20

9 УКАЖИТЕ ИНДЕКС ЕСТЕВЕННОЙ КЛИНОВИДНОСТИ;

А) 0,5

Б) 0,9

В) 0,4

Г) – 0,2

Д) 0,3

10. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

А) демпферное вытяжение;  
Б) лечебная гимнастика;

В) массаж спины;  
Г) съемный корсет;

Д) кокситная гипсовая повязка;

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2

2. 3

3. 4

4. 5

5. 2

6. 5

7. 4

8. 3

9. 4

10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Задача №1.**

Ребенок нырнул с высоты 3-х метров. Появились резкие боли в шейном отделе позвоночника. Движения в ШОП ограничены, резко болезненны. Деформация в ШОП. Объективно - голова наклонена вперед и вправо, деформация ШОП слева. На рентгенограмме снижена вентральная часть III шейного позвонка на 0,3 см.

Задание:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте лечение;
3. Укажите классификацию травмы позвоночника;
4. Укажите сроки лечения в конкретной ситуации.

**Задача №2.**

Ребенок 11 лет получил пулевое ранение, пуля прошла через XI грудной позвонок и застряла в нем. Отмечается парез нижних конечностей, недержание мочи, запор. Из ЦРБ доставлен на 2 сутки.

Задание:

1. Поставьте диагноз;
2. Какие методы обследования необходимо применить;
3. Тактика нейрохирурга;
4. Консервативное лечение больного;
5. Исход травмы.

**Задача №3.**

Ребенок 6-ти лет катался на санках, санки подкинуло на ухабе, почувствовал резкую боль в области V поясничного позвонка. Родители вызвали бригаду «скорой помощи», ребенок доставлен в приемный покой детской хирургической больницы. Объективно -состояние средней степени тяжести, боли в ПОП, парезов, параличей, нарушения функции тазовых органов нет. Задание:

1. Поставьте правильный диагноз;
2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?;
3. Тактика нейрохирурга при компрессионном переломе V  
   поясничного позвонка;
4. Укажите сроки лечения.

**Задача №4.**

Ребенок 10 лет был сбит мотоциклом, удар пришелся в спину, ребенок резко согнулся вперед и упал на ягодицы. Жалобы на резкую боль в позвоночнике, «посттравматическое апноэ».

Задание:

1. Укажите, какую помощь необходимо оказать на догоспитальном  
   этапе;
2. Ваш предположительный диагноз;
3. Методы обследования;
4. Лечение;
5. Сроки лечения;
6. Исход.

**Задача №5.**

На спондиллограмме клиновидное изменение позвонка. Вентральная часть на 3 см. ниже дорсальной. Задание:

1. Какой степени компрессионный перелом у данного больного?;
2. Укажите изменения, характерные для I, II и III степени.
3. Исход при данном переломе?
4. Дайте дальнейшие рекомендации по лечению?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

Задача №1.

1. Закрытый компрессионный перелом III шейного позвонка;
2. Реклинация на наклонной поверхности петлей Глиссона 1 месяц;
3. Перелом тела, поперечных отростков, остистого отростка, краевые  
   переломы;
4. Срок лечения в стационаре 1 месяц, гипсовый воротник 3 месяца,  
   массаж, гимнастика 5 месяцев.

Задача №2.

1. Огнестрельное ранение XI грудного позвонка. Парез нижних  
   конечностей, тазовых органов.
2. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях;
3. Ламинэктомия;
4. Укладка на резиновый круг, профилактика пролежней;
5. Неблагоприятный.

Задача №3.

1. Закрытый компрессионный перелом III поясничного позвонка;
2. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях;
3. Демпферное вытяжение 1 месяц;
4. Съемный корсет 6 месяцев;
5. Массаж, ЛФК по 4-м периодам;
6. Сроки лечения 6-8 месяцев;

7. Исход благоприятный, диспансерное наблюдение 2 года.

Задача №4.

1. Транспортировка на щите, обезболивание;
2. Закрытый компрессионный перелом V поясничного позвонка;
3. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х  
   проекциях;
4. Демпферное вытяжение 1 месяц, съемный корсет 6 месяцев;
5. До1 года (массаж, ЛФК 4 периода, укрепление мышечного  
   корсета);
6. Исход благоприятный;
7. Диспансерное наблюдение 2 года.

Задача №5.

1. III степени;
2. I степень - 1 см., II степень - 2 см., III степень - 3 см.

**6. Перечень и стандарты практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование ребенка с травмой позвоночника
3. Интерпретация данных рентгенограммы.
4. Формулировка диагноза
5. Назначение лечения

**1.Тема: «Травма позвоночника. Компрессионные переломы тел позвонков».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Причины переломов поперечных и остистых позвонков

2. Диагностика переломов поперечных и остистых позвонков

2. Дифференциальная диагностика.

3. Лечение.

4. Осложнения.

5. Реабилитация детей с травмами позвоночника

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МЕХАНИХЗМ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) падение на ноги с высоты;  
Б) падение на ягодицы;

В) ныряние с высоты;

Г) удар в область живота;

Д) удар в облать груди;

2. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) до 1 года;  
Б) в 2 года;

В) в 5 лет;  
Г) в 8-14 лет;

Д) в 17 лет.

3. КАКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОСОБСТВУЮТ КОМПРЕССИИ:

A) гибкость;

Б) высокие межпозвоночные диски;

B) значительное количество хрящевой ткани;

Г) эластичность дужек, остистых отростков;

Д) подвижность.

4. УКАЖИТЕ НА КАКИХ УЧАСТКАХ ВСТРЕЧАЮТСЯ КОМПРЕССИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ:

А) среднегрудном V-XI;  
Б) поясничном;

В) верхнегрудном;  
Г) копчиковом;

Д) поясничном

5. ОТМЕТЬТЕ ПЕРЕЛОМЫ. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ В ШЕЙ НОМ ОТДЕЛЕ:

A) боль;

Б) наклон головы назад;

B) наклон головы вперед;

Г) болезненность при пальпации в месте перелома;

Д) отек.

6. УКАЖИТЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА:

А) боль;

Б) посттравматическое апноэ;

В) деформация в месте перелома;

Г) патологическая подвижность;

Д)отек.

7. УКАЖИТЕ КАКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕНТГЕН КАРТИНЫ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА:

А) снижение высоты переднего отдела тела позвонка;  
Б) уплотнение тени краниальной пластинки;

В) углубление талии тела позвонка;

Г) расширение межпозвоночного диска;

Д) сужение межпозвоночного диска.

8 УКАЖИТЕ УГОЛ ЕСТЕСТВЕННОЙ КЛИНОВИДНОСТИ У РЕБЕНКА:

А) 2

Б) 40

В) 60

Г) 70

Д) 20

9 УКАЖИТЕ ИНДЕКС ЕСТЕВЕННОЙ КЛИНОВИДНОСТИ;

А) 0,5

Б) 0,9

В) 0,4

Г) – 0,2

Д) 0,3

10. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

А) демпферное вытяжение;  
Б) лечебная гимнастика;

В) массаж спины;  
Г) съемный корсет;

Д) кокситная гипсовая повязка;

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2

2. 3

3. 4

4. 5

5. 2

6. 5

7. 4

8. 3

9. 4

10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Задача №1.**

Ребенок нырнул с высоты 3-х метров. Появились резкие боли в шейном отделе позвоночника. Движения в ШОП ограничены, резко болезненны. Деформация в ШОП. Объективно - голова наклонена вперед и вправо, деформация ШОП слева. На рентгенограмме снижена вентральная часть III шейного позвонка на 0,3 см.

Задание:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте лечение;
3. Укажите классификацию травмы позвоночника;
4. Укажите сроки лечения в конкретной ситуации.

**Задача №2.**

Ребенок 11 лет получил пулевое ранение, пуля прошла через XI грудной позвонок и застряла в нем. Отмечается парез нижних конечностей, недержание мочи, запор. Из ЦРБ доставлен на 2 сутки.

Задание:

1. Поставьте диагноз;
2. Какие методы обследования необходимо применить;
3. Тактика нейрохирурга;
4. Консервативное лечение больного;
5. Исход травмы.

**Задача №3.**

Ребенок 6-ти лет катался на санках, санки подкинуло на ухабе, почувствовал резкую боль в области V поясничного позвонка. Родители вызвали бригаду «скорой помощи», ребенок доставлен в приемный покой детской хирургической больницы. Объективно -состояние средней степени тяжести, боли в ПОП, парезов, параличей, нарушения функции тазовых органов нет. Задание:

1. Поставьте правильный диагноз;
2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?;
3. Тактика нейрохирурга при компрессионном переломе V  
   поясничного позвонка;
4. Укажите сроки лечения.

**Задача №4.**

Ребенок 10 лет был сбит мотоциклом, удар пришелся в спину, ребенок резко согнулся вперед и упал на ягодицы. Жалобы на резкую боль в позвоночнике, «посттравматическое апноэ».

Задание:

1. Укажите, какую помощь необходимо оказать на догоспитальном  
   этапе;
2. Ваш предположительный диагноз;
3. Методы обследования;
4. Лечение;
5. Сроки лечения;
6. Исход.

**Задача №5.**

На спондиллограмме клиновидное изменение позвонка. Вентральная часть на 3 см. ниже дорсальной. Задание:

1. Какой степени компрессионный перелом у данного больного?;
2. Укажите изменения, характерные для I, II и III степени.
3. Исход при данном переломе?
4. Дайте дальнейшие рекомендации по лечению?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

Задача №1.

1. Закрытый компрессионный перелом III шейного позвонка;
2. Реклинация на наклонной поверхности петлей Глиссона 1 месяц;
3. Перелом тела, поперечных отростков, остистого отростка, краевые  
   переломы;
4. Срок лечения в стационаре 1 месяц, гипсовый воротник 3 месяца,  
   массаж, гимнастика 5 месяцев.

Задача №2.

1. Огнестрельное ранение XI грудного позвонка. Парез нижних  
   конечностей, тазовых органов.
2. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях;
3. Ламинэктомия;
4. Укладка на резиновый круг, профилактика пролежней;
5. Неблагоприятный.

Задача №3.

1. Закрытый компрессионный перелом III поясничного позвонка;
2. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях;
3. Демпферное вытяжение 1 месяц;
4. Съемный корсет 6 месяцев;
5. Массаж, ЛФК по 4-м периодам;
6. Сроки лечения 6-8 месяцев;

7. Исход благоприятный, диспансерное наблюдение 2 года.

Задача №4.

1. Транспортировка на щите, обезболивание;
2. Закрытый компрессионный перелом V поясничного позвонка;
3. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х  
   проекциях;
4. Демпферное вытяжение 1 месяц, съемный корсет 6 месяцев;
5. До1 года (массаж, ЛФК 4 периода, укрепление мышечного  
   корсета);
6. Исход благоприятный;
7. Диспансерное наблюдение 2 года.

Задача №5.

1. III степени;
2. I степень - 1 см., II степень - 2 см., III степень - 3 см.

**6..Перечень и стандарты практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование ребенка с травмой позвоночника
3. Интерпретация данных рентгенограммы.
4. Формулировка диагноза
5. Назначение лечения

**1.Тема: «Травма костей малого таза. Изолированные переломы костей таза».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Укажите на анатомо-физиологические особенности костей таза у  
   детей.
2. Укажите классификацию травм костей таза у детей.
3. Клиника переломов костей таза у детей.
4. Методы диагностики.
5. Лечение, сроки, реабилитация, осложнения.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРОТИВОШОКОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА

1. блокада по Вишневскому
2. блокада по Школьникову, обезболивание, инфузия растворов, сердечно-сосудистые препараты
3. блокада по Оберсту-Лукашевичу
4. межреберная блокада
5. инфузионная терапия

2. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПРОТИВОПАКАЗАНО ВЫПОЛНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД МАНИПУЛЯЦИИ

1. внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову
2. наложить вытяжение по оси шейки бедра (за большой вертел)
3. наложить вытяжение по оси бедра (за надмыщелки бедра)
4. выполнить эпидуральную блокаду
5. уложить конечность на стандартную шину в положение легкого сгибания (150-160 градусов) и приведения

3. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОПЧИКА:

1. репозиция;
2. удаление оперативное;
3. электрофорез с новокаином 1%;
4. электрофорез с раствором хлористого кальция.
5. остеорепозиция

4. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА «ПЕРЕЛОМ МАЛЬГЕНИЯ» НОСИТ НАЗВАНИЕ

1. двойной перелом переднего полукольца
2. отрыв передне-нижней ости
3. односторонний перелом лонной и седалищной кости спереди и подвздошной кости сзади
4. перелом вертлужной впадины
5. перелом крыла подвздошной кости

5. КАКИЕ ОРГАНЫ СТРАДАЮ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА:

1. мочевой пузырь;
2. уретра;
3. прямая кишка;
4. тонкая кишка.
5. Легкие

6. КАКИЕ ДАННЫЕ УКАЗЫВАЮТ НА ПЕРЕЛОМ КОПЧИКА:

1. боль при дефекации;
2. ректально копчик смещен вперед;
3. на рентгенограмме копчик смещен вперед;
4. положительный синдром Дальбье.
5. отек

7. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. иммобилизация гипсовой повязкой
2. ранняя ЛФК
3. физиолечение
4. длительная осевая разгрузка сустава с сохранением его функции
5. наложение аппарата Илизарова

8. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ НЕТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЗНАКА

1. боль
2. флюктуация
3. патологическая подвижность
4. нарушение функции
5. крепитация

9. БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ОПРЕДЕДЯЕТ

1. иммобилизация гипсовой повязкой
2. ранняя ЛФК
3. физиолечение
4. длительная осевая разгрузка сустава с сохранением его функции
5. скелетное вытяжение

10. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ ИСКЛЮЧЕН ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА

1. сдавления костей таза
2. разведения костей таза
3. прямого удара по тазу
4. скручивания костей таза
5. отрывного механизма

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 2
2. 4
3. 1
4. 2
5. 3
6. 4
7. 5
8. 2
9. 5
10. 4

**5.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Задача №1.**

Ребенок 5лет 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, 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?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Задача №1.**

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.

**6.Перечень и стандарты практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование ребенка с травмой опорно-двигательного аппарата у детей.
3. Интерпретация данных рентгенограммы.
4. Формулировка диагноза
5. Назначение лечения
6. Умение уложить в позу «Лягушки»
7. Определение симптомов Лоррея и Варнея.

**1.Тема: «Травма костей малого таза. Переломы тазового кольца с нарушением его непрерывности»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Укажите на анатомо-физиологические особенности костей таза у  
детей.

2. Методы диагностики переломов тазового кольца с нарушением его непрерывности.

3. Дифференциальная диагностика переломов тазового кольца с нарушением его непрерывности .

4. Лечение, сроки.

5. Лечение травматического шока.

6. Реабилитация.

7. Осложнения.

**4.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

1. ПРОТИВОШОКОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА

1. блокада по Вишневскому

2. блокада по Школьникову, обезболивание, инфузия растворов, сердечно-сосудистые препараты

3. блокада по Оберсту-Лукашевичу

4. межреберная блокада

5. инфузионная терапия

2. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПРОТИВОПАКАЗАНО ВЫПОЛНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД МАНИПУЛЯЦИИ

1. внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову

2. наложить вытяжение по оси шейки бедра (за большой вертел)

3. наложить вытяжение по оси бедра (за надмыщелки бедра)

4. выполнить эпидуральную блокаду

5. уложить конечность на стандартную шину в положение легкого сгибания (150-160 градусов) и приведения

3. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА КОПЧИКА:

* 1. репозиция;
  2. удаление оперативное;
  3. электрофорез с новокаином 1%;
  4. электрофорез с раствором хлористого кальция.
  5. остеорепозиция

4. СРЕДИ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА «ПЕРЕЛОМ МАЛЬГЕНИЯ» НОСИТ НАЗВАНИЕ

1. двойной перелом переднего полукольца

2. отрыв ереднее-нижней ости

3. односторонний перелом лонной и седалищной кости спереди и подвздошной кости сзади

4. перелом вертлужной впадины

5. перелом крыла подвздошной кости

5. КАКИЕ ОРГАНЫ СТРАДАЮ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА:

* + 1. мочевой пузырь;
    2. уретра;
    3. прямая кишка;
    4. тонкая кишка.
    5. Легкие

6. КАКИЕ ДАННЫЕ УКАЗЫВАЮТ НА ПЕРЕЛОМ КОПЧИКА:

* + - 1. боль при дефекации;
      2. ректально копчик смещен вперед;
      3. на рентгенограмме копчик смещен вперед;
      4. положительный синдром Дальбье.
      5. отек

7. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. иммобилизация гипсовой повязкой

2. ранняя ЛФК

3. физиолечение

4. длительная осевая разгрузка сустава с сохранением его функции

5. наложение аппарата Илизарова

8. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ НЕТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЗНАКА

1. боль

2. флюктуация

3. патологическая подвижность

4. нарушение функции

5. крепитация

9. БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ОПРЕДЕДЯЕТ

* + - * 1. иммобилизация гипсовой повязкой
        2. ранняя ЛФК
        3. физиолечение
        4. длительная осевая разгрузка сустава с сохранением его функции
        5. скелетное вытяжение

10. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ ИСКЛЮЧЕН ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА

1. сдавления костей таза

2. разведения костей таза

3. прямого удара по тазу

4. скручивания костей таза

5. отрывного механизма

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

* + - * 1. 2
        2. 4

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

**5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Задача №1.**

Ребенок 5лет 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, 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?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

Задача №1.

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.

**6.Перечень и стандарты практических умений:**

* + - 1. Сбор анамнеза
      2. Обследование ребенка с травмой опорно-двигательного аппарата у детей.
      3. Интерпретация данных рентгенограммы.
      4. Формулировка диагноза
      5. Назначение лечения
  1. Умение уложить в позу «Лягушки»
  2. Определение симптомов Лоррея и Варнея.

**1.Тема: «Травма органов брюшной полости Травма полых органов брюшной полости».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Анатомо-физиологические особенности брюшной полости в возрастном аспекте
2. Биомеханика травмы брюшной полости.
3. Патанатомические изменения при тупой травме брюшной полости
4. Классификация разрыва полых органов
5. Клиника разрыва полых органов
6. Диагностика разрыва полых органов

**4. Тестовые задания по теме:**

1. ПРИ РАЗРЫВЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА НЕТ

1. лейкоцитоза выше 20 х 109/л
2. снижение Hb, Ht, эритроцитов
3. свободная жидкость в брюшной полости
4. нависание Дугласова пространства
5. повышение кровяного давления

2. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ ОТСУТСТВУЕТ СИМПТОМ

1. боль в животе, положительный симптом Хедри
2. обморочное состояние
3. падение кровяного давления
4. положительный симптом Куленкампфа, Вейнерта
5. симптом Дальбье

3. ПРИ РАЗРЫВЕ ЖЕЛУДКА НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

1. ушивание раны желудка
2. резекция желудка
3. экстирпация желудка
4. резекция по Гофмейстеру-Финстереру
5. гастростома

4. ПРИЧИНЫ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ:

1. падение с высоты;
2. автодорожная травма;
3. удар качелями в живот;
4. падение на руль велосипеда.
5. падение сос тула

5. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ:

1. ушивание раны;
2. тампонада сальником;
3. резекция печени;
4. тампонада мышцей на ножке.
5. удаление печени

6. В ЧИСЛЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТСУТСТВУЕТ

1. перитонит
2. несостоятельность швов
3. кишечная инвагинация
4. повторное кровотечение
5. ранняя спаечная непроходимость

7. ПРИ РАЗРЫВЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИСКЛЮЧЕНА ОПЕРАЦИЯ

1. резекция с анастомозом «конец в конец»
2. колостомия
3. ушивание толстой кишки двухрядным швом
4. гемиколэктомия
5. двуствольный свищ

8. ПРИ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. боли в левом подреберье
2. положительного симптома Дельбе
3. положительного симптома Куленкампфа
4. свободной жидкости в брюшной полости
5. симптома Вейнерта

9. НА РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УКАЗЫВАЕТ

1. симптом Херди
2. Френикус симптом
3. амилаза увеличена до 400 мг/л
4. положительный симптом Дельбе
5. нарастание лейкоцитоза

10. НАБОР ДАННЫХ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ДВУХМОМЕНТНЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ

1. удовлетворительное состояние, кровяное давление 100/40 мм рт.ст.
2. снижение Hb, Ht, эритроцитов через 2 часа; падение кровяного давления до 70/40 мм рт.ст.
3. лейкоцитоз до 30-40\*109/л
4. положительный симптом «Ваньки-встаньки», Вейнерта
5. положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского

**Эталоны ответов на тесты:**

1. 5
2. 4
3. 2
4. 5
5. 2
6. 3
7. 4
8. 1
9. 5
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

Ребенок 7 лет упал с гаража высотой более 2 метров, ударившись животом об асфальт. Сверстники сообщили о падении родителям. Через 2 часа была вызвана бригада скорой помощи, которой ребенок доставлен в детское хирургическое отделение с Ds: Закрытая тупая травма брюшной полости. При поступлении отмечались жалобы на боли в животе, головокружение. В машине скорой помощи была однократно рвота. Анамнез жизни и семейный анамнез - без особенностей.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание сохранено, на вопросы отвечает адекватно, обращает на себя внимание адинамичность, вялость, бледность кожных покровов больного. Температура тела 36,2° С, АД 80\50 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, мягкий, частотой 120 ударов в минуту. Со стороны сердца - приглушенность тонов, тахикардия; в легких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Локально: живот незначительно увеличен в объеме, в дыхании участвует слабо, пальпации доступен, отмечается пальпаторная болезненность в левом подреберье, положительные симптомы Куленкамфа, Хедри, Вейнерта, «Ваньки-встаньки». Перкуторно имеется притупление в отлогих местах брюшной полости. Печеночная тупость сохранена. Аускультативно - перистальтика кишечника выслушивается.

Per rectum: при пальцевом исследовании определяется нависание

Дугласова пространства.

Развернутый анализ крови: эритроциты 2,0\*10 \л; НЬ 85 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 14,8\*109\л; тромбоциты 210 \*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 5 %; с\я 70%; лимфоциты 15%; моноциты 5%; ретикулоциты 3%; СОЭ 10 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1020; эритроцитов нет; лейкоциты - единицы в поле зрения; соли - оксалаты +.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г\л; альбумины 53%; глобулины 47%; калий 3,9 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; хлориды 95 ммоль\л; АЛТ 1,2 ммоль\л; ACT 0,18 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/Л; амилаза 40 ЕД/Л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция.

Рентгенография органов брюшной полости: свободного газа в брюшной полости и горизонтальных уровней в петлях кишок нет.

УЗИ почек: ЧЛС не расширена, не деформирована, размеры почек соответствуют возрасту.

Задание:

* 1. Поставьте и правильно сформулируйте диагноз;
  2. Обоснуйте его;
  3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;
  4. Дает ли информацию УЗИ? Что можно увидеть при этом?;
  5. Какая ценность КТ и портографии?;

1. Интерпретируйте анализы;
2. Классификационная схема данных повреждений;
3. Патогенетические механизмы основного синдрома при этой  
   патологии;
4. Укажите критерии тяжести повреждения;

10.Обоснуйте принципы лечения и объем оперативного  
вмешательства;

11.Составьте план лечения в послеоперационном периоде;

12.Назовите возможные осложнения;

13.Осветите вопросы реабилитации.

**Задача №2**

В клинику детской хирургии бригадой «Скорой помощи» с места автомобильной аварии доставлен ребенок 9 лет. Мальчик был сбит автомобилем при переходе улицы.

Жалобы на боли в животе, головокружение, слабость.

Анамнез жизни не известен.

Общий статус: состояние тяжелое, сознание сохранено, амнезии нет, адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. АД 70/40 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия до 120 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, мягкий, частота та же. В легких без особенностей.

St. localis: живот увеличен в объеме, в дыхании почти не участвует, резко болезненный при пальпации, выражены симптомы Щеткина-Блюмберга, Хедри, Вейнерта. Печеночная тупость сохранена, в брюшной полости перкуторно отмечается притупление в отлогих местах.

Срочно сделан развернутый анализ крови: эритроциты 1,8\*1012\л; НЬ 63 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 15,8\*109\л; п/я 4 %; с\я 68%; лимфоциты 20%; моноциты 4%; ретикулоциты 4%; СОЭ 12 мм\час.

Биохимический анализ крови: соответствует возрастной норме.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1018; эритроцитов нет; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1.Какой диагноз можно предположить?

2.Какие дополнительные исследования, по вашему мнению,  
следовало бы еще провести?

3.Какова диагностическая ценность КТ, абдоминальной  
аортографии, других рентгенологических методов, УЗИ? Надо ли  
их проводить?

4.Какую информацию даст ректальное пальцевое обследование?

5.Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи;

6.Обоснуйте предполагаемый Вами диагноз. Назовите основные  
синдромы;

8.Проведите дифференциальную диагностику;

9.Сформулируйте принципы лечения;

10.Каким должен быть объем хирургического пособия?

11.Какие осложнения могут развиться в послеоперационном  
периоде?

12.Каков прогноз данной патологии?

13Лечение в послеоперационном периоде при возможном  
развитии осложнений;

14.План дальнейшего лечения на педиатрическом участке и  
подходы к реабилитации;

15.В каких рекомендациях нуждается ребенок и его родители?

**Задача № 3.**

Ребенок 3-х лет упал с детского велосипеда, ударившись эпигастральной областью об руль. После падения находился дома под наблюдением родителей около 8-ми часов. После чего доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, многократную рвоту с примесью зелени, повышение температуры теладо37,8°С.

Анамнез жизни - без особенностей.

При осмотре: состояние тяжелое, стонет, ведет себя беспокойно, жалуется на боли в животе, есть позывы к рвоте. Кожа чистая, бледная, язык сухой, в центре обложен белым налетом. Со стороны сердца и легких патологических отклонений не выявлено, отмечается лишь учащение сердечных сокращений до 120 ударов в минуту. АД 90/50 мм. рт. ст. живот подвздут, плохо участвует в акте дыхания, при попытке его пальпации отмечается резко выраженное его напряжение во всех отделах, над всеми участками брюшной полости положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перкуссия резко болезненна, печеночная тупость сохранена, в отлогих местах живота — притупление звука, перистальтика кишечника выслушивается вялая.

Ректально: нависание стенок прямой кишки, болезненность при обследовании, ректальная температура до 39°С.

На рентгенограмме брюшной полости свободного газа и уровней не определяется. Петли кишок раздуты газом.

Развернутый анализ крови: эритроциты 3,0\*10 \л; НЬ 110 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 18,3\*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 11%; с\я 62%; лимфоциты 19%; моноциты 5%; СОЭ 20 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Биохимический анализ крови: общий белок 63 г\л; калий 3,8 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 5,0 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/л; амилаза 170 ЕД/л; общий билирубин 21 мкмоль\л; прямая фракция 17 мкмоль\л; мочевина 6,1 ммоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; плотность 1015; эритроцитов нет; лейкоциты - 2-3 в поле зрения; соли - оксалаты +.

Задание:

1. О каком диагнозе следует думать?

2. Интерпретируйте анамнез, клинические данные и результаты  
дополнительных методов исследования, обоснуйте диагноз;

3.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;

4.Какова ценность УЗИ, КТ, ангиографии, контрастного  
исследования кишечника, методики шарящего катетера,  
лапароскопии?

5.Какие дополнительные методы диагностики могли бы дать  
наибольшую информацию?

6.Дайте описание тех сведений при проведении обследований,  
которые дадут наибольшую информацию о данной патологии;

7.Составьте план лечения;

8.Что будет обнаружено при операции, учитывая имеющуюся  
картину?

9.Каким должен быть объем оперативного вмешательства?

10.Сделайте назначения в послеоперационном периоде;

11.Какие осложнения можно ожидать в раннем послеоперационном  
периоде и в отдаленные сроки?

12.Как избежать этих осложнений?

13.Вопросы реабилитации на педиатрическом участке.

**Задача № 4.**

В клинику доставлен мальчик 8-ми лет из участковой сельской больницы, где он находился в течение 12 часов после того, как получил удар в живот копытом лошади. Из выписки известно, что в больнице ему проводились капельные вливания глюкозы и физиологического раствора. Рентгенологическое исследование не проводилось из-за отсутствия в больнице рентгеновской аппаратуры. Анамнез жизни не выяснен, так как родители ребенка не сопровождают.

Жалобы на момент поступления на боли в животе, многократную рвоту с зеленью, повышение температуры тела до 38°С, отсутствия отхождения газов и стула. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Но количество мочи снижено.

При осмотре: состояние больного очень тяжелое, вял, адинамичен. Стонет, имеется лихорадка. Кожные покровы бледные, губы сухие, яркие, язык сухой, густо обложен серым налетом. ЧДД 30

в минуту, дыхание поверхностное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 112 ударов в минуту.

Локально: живот увеличен в объеме, в дыхании не участвует, пальпаторно - выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность ее во всех отделах. Положителен также над всей брюшной полостью симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии отмечается тимпанит и симптом «отсутствия печеночной тупости».

Ректально: болезненность, нависание стенок прямой кишки, повышение ректальной температуры.

На рентгенограмме брюшной полости выявлена следующая картина: «серп» газа под правым куполом диафрагмы и горизонтальные уровни в петлях кишокРазвернутый анализ крови: эритроциты 3,1\*1012\л; НЬ 112 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 17,2\*109\л; эозинофилы 2%; базофилы 2%, п/я 16 %; с\я 64%; лимфоциты 12%; моноциты 4%; СОЭ 25 мм\час.

Биохимический анализ крови: общий белок 58 г\л; альбумины 47%; глобулины 53%; калий 3,5 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 4,0 ммоль\л; мочевина 8,0 ммоль\л; амилаза 40 ЕД/л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция 16 мкмоль\л; непрямая фракция 4 мкмоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - тёмно-желтый; реакция кислая; плотность 1025; эритроцитов нет; лейкоциты - 4-5 в поле зрения.

Задание:

* 1. Выставьте диагноз с учетом развившегося осложнения;
  2. Обоснуйте его на основании всех имеющихся сведений;
  3. Нужны ли еще дополнительные методы диагностики? Если нужны,  
     то какие?
  4. Проведите дифференциальную диагностику;
  5. Составьте программу предоперационной подготовки. Нужна ли подготовка?
  6. Каким должен быть объем операции? Чем ее следует закончить?
  7. Проведите расчет инфузионной терапии в послеоперационном периоде;
  8. Какие группы антибиотиков следует назначить?
  9. В чем заключается профилактика осложнений?
  10. Каков прогноз заболевания?

11. Вопросы реабилитации больного: что нужно рекомендовать родителям и врачу участковой сельской больницы?

**Задача № 5.**

В клинику детской хирургии поступила девочка 10 лет с ножевым ранением брюшной полости. Из анамнеза выяснено, что на ребенка на улице напал мужчина с попыткой изнасилования. Девочка сильно кричала и он нанес ей ножевое ранение в живот, после чего убежал, так как появились прохожие. Изнасилования не было. Вызвана бригада «Скорой помощи», которой больная доставлена в больницу через 30 минут после происшествия. Ребенок без родителей, поэтому анамнез жизни не собран.

При осмотре: состояние тяжелое. Девочка в сознании, стонет. Кожа чистая, бледная. АД 105/65 мм. рт. ст. пульс 116 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Сердце, легкие без патологических изменений.

На животе повязка, пропитанная кровью. Срочно произведена перевязка, во время которой в эпигастральной области обнаружена линейная резаная рана до 4 см. в длину, через неё пролабирует из брюшной полости участок большого сальника. Живот напряжен и болезненен.

Общий анализ крови: эритроциты 3,5\*1012\л; НЬ 130 г\л; лейкоциты 10,2\*109\л; СОЭ 6 мм\час.

Другие анализы без патологии.

На рентгенограмме брюшной полости - «серп» воздуха под правым куполом диафрагмы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз;
2. Обоснуйте его;
3. Выскажите предположение о наибольшей вероятности ранения  
   какого органа брюшной полости (какой орган поврежден вероятнее  
   всего?);
4. Составьте алгоритм действий врача-хирурга;
5. Каким будет объем оперативного вмешательства, от чего он будет  
   зависеть?
6. Какое осложнение может развиться при промедлении  
   проведением оперативного пособия?
7. Составьте план лечения в послеоперационном периоде;
8. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде;
9. Какова их профилактика?

10. Вопросы реабилитации.

**Эталоны ответов на задачи:**

**Задача № 1.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв селезенки. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

Задача №2.

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв правой доли печени. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

**Задача №3.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв поджелудочной железы. Ферментативный перитонит;

**Задача № 4**.

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв тонкой кишки. Каловый перитонит;

**Задача № 5.**

Проникающее ранение брюшной полости с повреждением желудка;

**6. Практические навыки по теме занятия:**

1. Сбор анамнеза

2. Пальпация брюшной полости.

3. Определить свободный газ под диафрагмой.

4. Определение свободной жидкости в брюшной полости.

5. Интерпретировать данные рентгенограммы.

6. Анализ данных лабораторного исследования крови, мочи при травме брюшной полости.

1. Формулировка диагноза

8.Уметь оказать медицинскую помощь ребенку с тупой травмой брюшной полости на этапах лечения.

9. Оценка степени кровопотери.

10. Пункция брюшной полости.

11. Лапароцентез

12. Лапароскопия

**1.Тема: «Травма органов брюшной полости Травма паренхиматозных органов».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Анатомо-физиологические особенности брюшной полости в возрастном аспекте
2. Патанатомические изменения при тупой травме брюшной полости
3. Классификация травмы поджелудочной железы, полых органов.
4. Клиника разрыва паренхиматозных органов.
5. Клиника разрыва полых органов
6. Методы исследования, применяемые при тупой травмы брюшной полости
7. Показания к оперативному лечению, органосохраняющие операции при разрыве селезенки
8. Медикаментозная терапия при тупой травмы брюшной полости
9. Осложнения тупой травмы брюшной полости, исходы
10. Диспансеризация и реабилитация больных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ РАЗРЫВЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА НЕТ

* 1. лейкоцитоза выше 20 х 109/л
  2. снижение Hb, Ht, эритроцитов
  3. свободная жидкость в брюшной полости
  4. нависание Дугласова пространства
  5. повышение кровяного давления

2. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ ОТСУТСТВУЕТ СИМПТОМ

* + 1. боль в животе, положительный симптом Хедри
    2. обморочное состояние
    3. падение кровяного давления
    4. положительный симптом Куленкампфа, Вейнерта
    5. симптом Дальбье

3. ПРИ РАЗРЫВЕ ЖЕЛУДКА НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

* + - 1. ушивание раны желудка
      2. резекция желудка
      3. экстирпация желудка
      4. резекция по Гофмейстеру-Финстереру
      5. гастростома

4. ПРИЧИНЫ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ:

* + - * 1. падение с высоты;
        2. автодорожная травма;
        3. удар качелями в живот;
        4. падение на руль велосипеда.
        5. падение сос тула

5. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ:

ушивание раны;

тампонада сальником;

резекция печени;

тампонада мышцей на ножке.

удаление печени

6. В ЧИСЛЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТСУТСТВУЕТ

перитонит

несостоятельность швов

кишечная инвагинация

повторное кровотечение

ранняя спаечная непроходимость

7. ПРИ РАЗРЫВЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИСКЛЮЧЕНА ОПЕРАЦИЯ

резекция с анастомозом «конец в конец»

колостомия

ушивание толстой кишки двухрядным швом

гемиколэктомия

двуствольный свищ

8. ПРИ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

боли в левом подреберье

положительного симптома Дельбе

положительного симптома Куленкампфа

свободной жидкости в брюшной полости

симптома Вейнерта

9. НА РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УКАЗЫВАЕТ

1.симптом Херди

2. Френикус симптом

3. амилаза увеличена до 400 мг/л

4.положительный симптом Дельбе

5. нарастание лейкоцитоза

10. НАБОР ДАННЫХ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ДВУХМОМЕНТНЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ

1. удовлетворительное состояние, кровяное давление 100/40 мм рт.ст.

2. снижение Hb, Ht, эритроцитов через 2 часа; падение кровяного давления до 70/40 мм рт.ст.

3. лейкоцитоз до 30-40\*109/л

4. положительный симптом «Ваньки-встаньки», Вейнерта

5. положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского

**Эталоны ответов на тесты:**

1. 5
2. 4
3. 2
4. 5
5. 2
6. 3
7. 4
8. 1
9. 5
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

Ребенок 7 лет упал с гаража высотой более 2 метров, ударившись животом об асфальт. Сверстники сообщили о падении родителям. Через 2 часа была вызвана бригада скорой помощи, которой ребенок доставлен в детское хирургическое отделение с Ds: Закрытая тупая травма брюшной полости. При поступлении отмечались жалобы на боли в животе, головокружение. В машине скорой помощи была однократно рвота. Анамнез жизни и семейный анамнез - без особенностей.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание сохранено, на вопросы отвечает адекватно, обращает на себя внимание адинамичность, вялость, бледность кожных покровов больного. Температура тела 36,2° С, АД 80\50 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, мягкий, частотой 120 ударов в минуту. Со стороны сердца - приглушенность тонов, тахикардия; в легких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Локально: живот незначительно увеличен в объеме, в дыхании участвует слабо, пальпации доступен, отмечается пальпаторная болезненность в левом подреберье, положительные симптомы Куленкамфа, Хедри, Вейнерта, «Ваньки-встаньки». Перкуторно имеется притупление в отлогих местах брюшной полости. Печеночная тупость сохранена. Аускультативно - перистальтика кишечника выслушивается.

Per rectum: при пальцевом исследовании определяется нависание

Дугласова пространства.

Развернутый анализ крови: эритроциты 2,0\*10 \л; НЬ 85 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 14,8\*109\л; тромбоциты 210 \*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 5 %; с\я 70%; лимфоциты 15%; моноциты 5%; ретикулоциты 3%; СОЭ 10 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1020; эритроцитов нет; лейкоциты - единицы в поле зрения; соли - оксалаты +.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г\л; альбумины 53%; глобулины 47%; калий 3,9 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; хлориды 95 ммоль\л; АЛТ 1,2 ммоль\л; ACT 0,18 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/Л; амилаза 40 ЕД/Л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция.

Рентгенография органов брюшной полости: свободного газа в брюшной полости и горизонтальных уровней в петлях кишок нет.

УЗИ почек: ЧЛС не расширена, не деформирована, размеры почек соответствуют возрасту.

Задание:

* 1. Поставьте и правильно сформулируйте диагноз;
  2. Обоснуйте его;
  3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;
  4. Дает ли информацию УЗИ? Что можно увидеть при этом?;
  5. Какая ценность КТ и портографии?;

1. Интерпретируйте анализы;
2. Классификационная схема данных повреждений;
3. Патогенетические механизмы основного синдрома при этой  
   патологии;
4. Укажите критерии тяжести повреждения;
5. Обоснуйте принципы лечения и объем оперативного  
   вмешательства;
6. Составьте план лечения в послеоперационном периоде;
7. Назовите возможные осложнения;
8. Осветите вопросы реабилитации.

**Задача №2**

В клинику детской хирургии бригадой «Скорой помощи» с места автомобильной аварии доставлен ребенок 9 лет. Мальчик был сбит автомобилем при переходе улицы.

Жалобы на боли в животе, головокружение, слабость.

Анамнез жизни не известен.

Общий статус: состояние тяжелое, сознание сохранено, амнезии нет, адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. АД 70/40 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия до 120 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, мягкий, частота та же. В легких без особенностей.

St. localis: живот увеличен в объеме, в дыхании почти не участвует, резко болезненный при пальпации, выражены симптомы Щеткина-Блюмберга, Хедри, Вейнерта. Печеночная тупость сохранена, в брюшной полости перкуторно отмечается притупление в отлогих местах.

Срочно сделан развернутый анализ крови: эритроциты 1,8\*1012\л; НЬ 63 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 15,8\*109\л; п/я 4 %; с\я 68%; лимфоциты 20%; моноциты 4%; ретикулоциты 4%; СОЭ 12 мм\час.

Биохимический анализ крови: соответствует возрастной норме.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1018; эритроцитов нет; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1.Какой диагноз можно предположить?

2.Какие дополнительные исследования, по вашему мнению,  
следовало бы еще провести?

3.Какова диагностическая ценность КТ, абдоминальной  
аортографии, других рентгенологических методов, УЗИ? Надо ли  
их проводить?

4.Какую информацию даст ректальное пальцевое обследование?

5.Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи;

6.Обоснуйте предполагаемый Вами диагноз. Назовите основные  
синдромы;

8.Проведите дифференциальную диагностику;

9.Сформулируйте принципы лечения;

10.Каким должен быть объем хирургического пособия?

11.Какие осложнения могут развиться в послеоперационном  
периоде?

12.Каков прогноз данной патологии?

13Лечение в послеоперационном периоде при возможном  
развитии осложнений;

14.План дальнейшего лечения на педиатрическом участке и  
подходы к реабилитации;

15.В каких рекомендациях нуждается ребенок и его родители?

**Задача № 3.**

Ребенок 3-х лет упал с детского велосипеда, ударившись эпигастральной областью об руль. После падения находился дома под наблюдением родителей около 8-ми часов. После чего доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, многократную рвоту с примесью зелени, повышение температуры теладо37,8°С.

Анамнез жизни - без особенностей.

При осмотре: состояние тяжелое, стонет, ведет себя беспокойно, жалуется на боли в животе, есть позывы к рвоте. Кожа чистая, бледная, язык сухой, в центре обложен белым налетом. Со стороны сердца и легких патологических отклонений не выявлено, отмечается лишь учащение сердечных сокращений до 120 ударов в минуту. АД 90/50 мм. рт. ст. живот подвздут, плохо участвует в акте дыхания, при попытке его пальпации отмечается резко выраженное его напряжение во всех отделах, над всеми участками брюшной полости положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перкуссия резко болезненна, печеночная тупость сохранена, в отлогих местах живота — притупление звука, перистальтика кишечника выслушивается вялая.

Ректально: нависание стенок прямой кишки, болезненность при обследовании, ректальная температура до 39°С.

На рентгенограмме брюшной полости свободного газа и уровней не определяется. Петли кишок раздуты газом.

Развернутый анализ крови: эритроциты 3,0\*10 \л; НЬ 110 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 18,3\*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 11%; с\я 62%; лимфоциты 19%; моноциты 5%; СОЭ 20 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Биохимический анализ крови: общий белок 63 г\л; калий 3,8 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 5,0 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/л; амилаза 170 ЕД/л; общий билирубин 21 мкмоль\л; прямая фракция 17 мкмоль\л; мочевина 6,1 ммоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; плотность 1015; эритроцитов нет; лейкоциты - 2-3 в поле зрения; соли - оксалаты +.

Задание:

1. О каком диагнозе следует думать?

2. Интерпретируйте анамнез, клинические данные и результаты  
дополнительных методов исследования, обоснуйте диагноз;

3.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;

4.Какова ценность УЗИ, КТ, ангиографии, контрастного  
исследования кишечника, методики шарящего катетера,  
лапароскопии?

5.Какие дополнительные методы диагностики могли бы дать  
наибольшую информацию?

6.Дайте описание тех сведений при проведении обследований,  
которые дадут наибольшую информацию о данной патологии;

7.Составьте план лечения;

8.Что будет обнаружено при операции, учитывая имеющуюся  
картину?

9.Каким должен быть объем оперативного вмешательства?

10.Сделайте назначения в послеоперационном периоде;

11.Какие осложнения можно ожидать в раннем послеоперационном  
периоде и в отдаленные сроки?

12.Как избежать этих осложнений?

13.Вопросы реабилитации на педиатрическом участке.

**Задача № 4.**

В клинику доставлен мальчик 8-ми лет из участковой сельской больницы, где он находился в течение 12 часов после того, как получил удар в живот копытом лошади. Из выписки известно, что в больнице ему проводились капельные вливания глюкозы и физиологического раствора. Рентгенологическое исследование не проводилось из-за отсутствия в больнице рентгеновской аппаратуры. Анамнез жизни не выяснен, так как родители ребенка не сопровождают.

Жалобы на момент поступления на боли в животе, многократную рвоту с зеленью, повышение температуры тела до 38°С, отсутствия отхождения газов и стула. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Но количество мочи снижено.

При осмотре: состояние больного очень тяжелое, вял, адинамичен. Стонет, имеется лихорадка. Кожные покровы бледные, губы сухие, яркие, язык сухой, густо обложен серым налетом. ЧДД 30

в минуту, дыхание поверхностное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 112 ударов в минуту.

Локально: живот увеличен в объеме, в дыхании не участвует, пальпаторно - выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность ее во всех отделах. Положителен также над всей брюшной полостью симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии отмечается тимпанит и симптом «отсутствия печеночной тупости».

Ректально: болезненность, нависание стенок прямой кишки, повышение ректальной температуры.

На рентгенограмме брюшной полости выявлена следующая картина: «серп» газа под правым куполом диафрагмы и горизонтальные уровни в петлях кишокРазвернутый анализ крови: эритроциты 3,1\*1012\л; НЬ 112 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 17,2\*109\л; эозинофилы 2%; базофилы 2%, п/я 16 %; с\я 64%; лимфоциты 12%; моноциты 4%; СОЭ 25 мм\час.

Биохимический анализ крови: общий белок 58 г\л; альбумины 47%; глобулины 53%; калий 3,5 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 4,0 ммоль\л; мочевина 8,0 ммоль\л; амилаза 40 ЕД/л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция 16 мкмоль\л; непрямая фракция 4 мкмоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - тёмно-желтый; реакция кислая; плотность 1025; эритроцитов нет; лейкоциты - 4-5 в поле зрения.

Задание:

* 1. Выставьте диагноз с учетом развившегося осложнения;
  2. Обоснуйте его на основании всех имеющихся сведений;
  3. Нужны ли еще дополнительные методы диагностики? Если нужны,  
     то какие?
  4. Проведите дифференциальную диагностику;
  5. Составьте программу предоперационной подготовки. Нужна ли подготовка?
  6. Каким должен быть объем операции? Чем ее следует закончить?
  7. Проведите расчет инфузионной терапии в послеоперационном периоде;
  8. Какие группы антибиотиков следует назначить?
  9. В чем заключается профилактика осложнений?
  10. Каков прогноз заболевания?

11. Вопросы реабилитации больного: что нужно рекомендовать родителям и врачу участковой сельской больницы?

**Задача № 5.**

В клинику детской хирургии поступила девочка 10 лет с ножевым ранением брюшной полости. Из анамнеза выяснено, что на ребенка на улице напал мужчина с попыткой изнасилования. Девочка сильно кричала и он нанес ей ножевое ранение в живот, после чего убежал, так как появились прохожие. Изнасилования не было. Вызвана бригада «Скорой помощи», которой больная доставлена в больницу через 30 минут после происшествия. Ребенок без родителей, поэтому анамнез жизни не собран.

При осмотре: состояние тяжелое. Девочка в сознании, стонет. Кожа чистая, бледная. АД 105/65 мм. рт. ст. пульс 116 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Сердце, легкие без патологических изменений.

На животе повязка, пропитанная кровью. Срочно произведена перевязка, во время которой в эпигастральной области обнаружена линейная резаная рана до 4 см. в длину, через неё пролабирует из брюшной полости участок большого сальника. Живот напряжен и болезненен.

Общий анализ крови: эритроциты 3,5\*1012\л; НЬ 130 г\л; лейкоциты 10,2\*109\л; СОЭ 6 мм\час.

Другие анализы без патологии.

На рентгенограмме брюшной полости - «серп» воздуха под правым куполом диафрагмы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз;

2. . Обоснуйте его;

3. Выскажите предположение о наибольшей вероятности ранения  
какого органа брюшной полости (какой орган поврежден вероятнее  
всего?);

4. Составьте алгоритм действий врача-хирурга;

5. Каким будет объем оперативного вмешательства, от чего он будет  
зависеть?

6. Какое осложнение может развиться при промедлении  
проведением оперативного пособия?

7. Составьте план лечения в послеоперационном периоде;

8. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде;

9. Какова их профилактика?

10. Вопросы реабилитации.

**Эталоны ответов на задачи:**

**Задача № 1.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв селезенки. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

**Задача №2.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв правой доли печени. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

**Задача №3.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв поджелудочной железы. Ферментативный перитонит;

**Задача № 4**.

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв тонкой кишки. Каловый перитонит;

**Задача № 5.**

Проникающее ранение брюшной полости с повреждением желудка;

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Пальпация брюшной полости.
3. Определение границ печени, селезенки, поджелудочной железы.
4. Определение свободного газа под диафрагмой.
5. Определение свободной жидкости в брюшной полости.
6. Определение симптомов Хедри, Ваньки-Встаньки, Ортнера, Френикус-симптом.
7. Интерпретация данных рентгенограммы.
8. Анализ данных лабораторного исследования крови, мочи при травме брюшной полости.
9. Формулировка диагноза
10. Оценка степени кровопотери.
11. Пункция брюшной полости.
12. Лапароцентез
13. Лапароскопия

**1.Тема: «Травма органов брюшной полости Лечение травм органов брюшной полости».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Лечение травм передней брюшной стенки

2. Лечение разрыва полых органов

3.. Лечение травмы селезенки.

4. Лечение травмы поджелудочной железы

5. Лечение травмы печени

6. Осложнения

7. Реабилитация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ РАЗРЫВЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА НЕТ

1. лейкоцитоза выше 20 х 109/л

2. снижение Hb, Ht, эритроцитов

3. свободная жидкость в брюшной полости

4. нависание Дугласова пространства

5. повышение кровяного давления

2. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ ОТСУТСТВУЕТ СИМПТОМ

1. боль в животе, положительный симптом Хедри

2. обморочное состояние

3. падение кровяного давления

4. положительный симптом Куленкампфа, Вейнерта

5. симптом Дальбье

3. ПРИ РАЗРЫВЕ ЖЕЛУДКА НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

1. ушивание раны желудка

2. резекция желудка

3. экстирпация желудка

4. резекция по Гофмейстеру-Финстереру

5. гастростома

4. ПРИЧИНЫ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ:

1. падение с высоты;

2. автодорожная травма;

3. удар качелями в живот;

4. падение на руль велосипеда.

5. падение сос тула

5. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ:

1. ушивание раны;

2. тампонада сальником;

3. резекция печени;

4. тампонада мышцей на ножке.

5. удаление печени

6. В ЧИСЛЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТСУТСТВУЕТ

1. перитонит

2.несостоятельность швов

3.кишечная инвагинация

4.повторное кровотечение

5. ранняя спаечная непроходимость

7. ПРИ РАЗРЫВЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИСКЛЮЧЕНА ОПЕРАЦИЯ

1. резекция с анастомозом «конец в конец»

2.колостомия

3.ушивание толстой кишки двухрядным швом

4. гемиколэктомия

5. двуствольный свищ

8. ПРИ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1.боли в левом подреберье

2.положительного симптома Дельбе

3. положительного симптома Куленкампфа

4.свободной жидкости в брюшной полости

5.симптома Вейнерта

9. НА РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УКАЗЫВАЕТ

1.симптом Херди

2. Френикус симптом

3. амилаза увеличена до 400 мг/л

4.положительный симптом Дельбе

5. нарастание лейкоцитоза

10. НАБОР ДАННЫХ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ДВУХМОМЕНТНЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ

1. удовлетворительное состояние, кровяное давление 100/40 мм рт.ст.

2. снижение Hb, Ht, эритроцитов через 2 часа; падение кровяного давления до 70/40 мм рт.ст.

3. лейкоцитоз до 30-40\*109/л

4. положительный симптом «Ваньки-встаньки», Вейнерта

5. положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского

**Эталоны ответов на тесты:**

1. 5
2. 4
3. 2
4. 5
5. 2
6. 3
7. 4
8. 1
9. 5
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

Ребенок 7 лет упал с гаража высотой более 2 метров, ударившись животом об асфальт. Сверстники сообщили о падении родителям. Через 2 часа была вызвана бригада скорой помощи, которой ребенок доставлен в детское хирургическое отделение с Ds: Закрытая тупая травма брюшной полости. При поступлении отмечались жалобы на боли в животе, головокружение. В машине скорой помощи была однократно рвота. Анамнез жизни и семейный анамнез - без особенностей.

При поступлении: состояние тяжелое, сознание сохранено, на вопросы отвечает адекватно, обращает на себя внимание адинамичность, вялость, бледность кожных покровов больного. Температура тела 36,2° С, АД 80\50 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, мягкий, частотой 120 ударов в минуту. Со стороны сердца - приглушенность тонов, тахикардия; в легких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Локально: живот незначительно увеличен в объеме, в дыхании участвует слабо, пальпации доступен, отмечается пальпаторная болезненность в левом подреберье, положительные симптомы Куленкамфа, Хедри, Вейнерта, «Ваньки-встаньки». Перкуторно имеется притупление в отлогих местах брюшной полости. Печеночная тупость сохранена. Аускультативно - перистальтика кишечника выслушивается.

Per rectum: при пальцевом исследовании определяется нависание

Дугласова пространства.

Развернутый анализ крови: эритроциты 2,0\*10 \л; НЬ 85 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 14,8\*109\л; тромбоциты 210 \*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 5 %; с\я 70%; лимфоциты 15%; моноциты 5%; ретикулоциты 3%; СОЭ 10 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1020; эритроцитов нет; лейкоциты - единицы в поле зрения; соли - оксалаты +.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г\л; альбумины 53%; глобулины 47%; калий 3,9 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; хлориды 95 ммоль\л; АЛТ 1,2 ммоль\л; ACT 0,18 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/Л; амилаза 40 ЕД/Л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция.

Рентгенография органов брюшной полости: свободного газа в брюшной полости и горизонтальных уровней в петлях кишок нет.

УЗИ почек: ЧЛС не расширена, не деформирована, размеры почек соответствуют возрасту.

Задание:

Поставьте и правильно сформулируйте диагноз;

Обоснуйте его;

Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;

Дает ли информацию УЗИ? Что можно увидеть при этом?;

Какая ценность КТ и портографии?;

Интерпретируйте анализы;

Классификационная схема данных повреждений;

Патогенетические механизмы основного синдрома при этой  
патологии;

Укажите критерии тяжести повреждения;

Обоснуйте принципы лечения и объем оперативного  
вмешательства;

Составьте план лечения в послеоперационном периоде;

Назовите возможные осложнения;

Осветите вопросы реабилитации.

**Задача №2**

В клинику детской хирургии бригадой «Скорой помощи» с места автомобильной аварии доставлен ребенок 9 лет. Мальчик был сбит автомобилем при переходе улицы.

Жалобы на боли в животе, головокружение, слабость.

Анамнез жизни не известен.

Общий статус: состояние тяжелое, сознание сохранено, амнезии нет, адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. АД 70/40 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия до 120 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, мягкий, частота та же. В легких без особенностей.

St. localis: живот увеличен в объеме, в дыхании почти не участвует, резко болезненный при пальпации, выражены симптомы Щеткина-Блюмберга, Хедри, Вейнерта. Печеночная тупость сохранена, в брюшной полости перкуторно отмечается притупление в отлогих местах.

Срочно сделан развернутый анализ крови: эритроциты 1,8\*1012\л; НЬ 63 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 15,8\*109\л; п/я 4 %; с\я 68%; лимфоциты 20%; моноциты 4%; ретикулоциты 4%; СОЭ 12 мм\час.

Биохимический анализ крови: соответствует возрастной норме.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1018; эритроцитов нет; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Задание:

1.Какой диагноз можно предположить?

2.Какие дополнительные исследования, по вашему мнению,  
следовало бы еще провести?

3.Какова диагностическая ценность КТ, абдоминальной  
аортографии, других рентгенологических методов, УЗИ? Надо ли  
их проводить?

4.Какую информацию даст ректальное пальцевое обследование?

5.Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи;

6.Обоснуйте предполагаемый Вами диагноз. Назовите основные  
синдромы;

8.Проведите дифференциальную диагностику;

9.Сформулируйте принципы лечения;

10.Каким должен быть объем хирургического пособия?

11.Какие осложнения могут развиться в послеоперационном  
периоде?

12.Каков прогноз данной патологии?

13Лечение в послеоперационном периоде при возможном  
развитии осложнений;

14.План дальнейшего лечения на педиатрическом участке и  
подходы к реабилитации;

15.В каких рекомендациях нуждается ребенок и его родители?

**Задача № 3.**

Ребенок 3-х лет упал с детского велосипеда, ударившись эпигастральной областью об руль. После падения находился дома под наблюдением родителей около 8-ми часов. После чего доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, многократную рвоту с примесью зелени, повышение температуры теладо37,8°С.

Анамнез жизни - без особенностей.

При осмотре: состояние тяжелое, стонет, ведет себя беспокойно, жалуется на боли в животе, есть позывы к рвоте. Кожа чистая, бледная, язык сухой, в центре обложен белым налетом. Со стороны сердца и легких патологических отклонений не выявлено, отмечается лишь учащение сердечных сокращений до 120 ударов в минуту. АД 90/50 мм. рт. ст. живот подвздут, плохо участвует в акте дыхания, при попытке его пальпации отмечается резко выраженное его напряжение во всех отделах, над всеми участками брюшной полости положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перкуссия резко болезненна, печеночная тупость сохранена, в отлогих местах живота — притупление звука, перистальтика кишечника выслушивается вялая.

Ректально: нависание стенок прямой кишки, болезненность при обследовании, ректальная температура до 39°С.

На рентгенограмме брюшной полости свободного газа и уровней не определяется. Петли кишок раздуты газом.

Развернутый анализ крови: эритроциты 3,0\*10 \л; НЬ 110 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 18,3\*109\л; эозинофилы 1%; базофилы 1%, п/я 11%; с\я 62%; лимфоциты 19%; моноциты 5%; СОЭ 20 мм\час; токсическая зернистость нейтрофилов.

Биохимический анализ крови: общий белок 63 г\л; калий 3,8 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 5,0 ммоль\л; щелочная фосфатаза 80 ЕД/л; амилаза 170 ЕД/л; общий билирубин 21 мкмоль\л; прямая фракция 17 мкмоль\л; мочевина 6,1 ммоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; плотность 1015; эритроцитов нет; лейкоциты - 2-3 в поле зрения; соли - оксалаты +.

Задание:

1. О каком диагнозе следует думать?

2. Интерпретируйте анамнез, клинические данные и результаты  
дополнительных методов исследования, обоснуйте диагноз;

3.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм;

4.Какова ценность УЗИ, КТ, ангиографии, контрастного  
исследования кишечника, методики шарящего катетера,  
лапароскопии?

5.Какие дополнительные методы диагностики могли бы дать  
наибольшую информацию?

6.Дайте описание тех сведений при проведении обследований,  
которые дадут наибольшую информацию о данной патологии;

7.Составьте план лечения;

8.Что будет обнаружено при операции, учитывая имеющуюся  
картину?

9.Каким должен быть объем оперативного вмешательства?

10.Сделайте назначения в послеоперационном периоде;

11.Какие осложнения можно ожидать в раннем послеоперационном  
периоде и в отдаленные сроки?

12.Как избежать этих осложнений?

13.Вопросы реабилитации на педиатрическом участке.

**Задача № 4.**

В клинику доставлен мальчик 8-ми лет из участковой сельской больницы, где он находился в течение 12 часов после того, как получил удар в живот копытом лошади. Из выписки известно, что в больнице ему проводились капельные вливания глюкозы и физиологического раствора. Рентгенологическое исследование не проводилось из-за отсутствия в больнице рентгеновской аппаратуры. Анамнез жизни не выяснен, так как родители ребенка не сопровождают.

Жалобы на момент поступления на боли в животе, многократную рвоту с зеленью, повышение температуры тела до 38°С, отсутствия отхождения газов и стула. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Но количество мочи снижено.

При осмотре: состояние больного очень тяжелое, вял, адинамичен. Стонет, имеется лихорадка. Кожные покровы бледные, губы сухие, яркие, язык сухой, густо обложен серым налетом. ЧДД 30

в минуту, дыхание поверхностное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 112 ударов в минуту.

Локально: живот увеличен в объеме, в дыхании не участвует, пальпаторно - выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность ее во всех отделах. Положителен также над всей брюшной полостью симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии отмечается тимпанит и симптом «отсутствия печеночной тупости».

Ректально: болезненность, нависание стенок прямой кишки, повышение ректальной температуры.

На рентгенограмме брюшной полости выявлена следующая картина: «серп» газа под правым куполом диафрагмы и горизонтальные уровни в петлях кишокРазвернутый анализ крови: эритроциты 3,1\*1012\л; НЬ 112 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 17,2\*109\л; эозинофилы 2%; базофилы 2%, п/я 16 %; с\я 64%; лимфоциты 12%; моноциты 4%; СОЭ 25 мм\час.

Биохимический анализ крови: общий белок 58 г\л; альбумины 47%; глобулины 53%; калий 3,5 ммоль\л; натрий 130 ммоль\л; сахар 4,0 ммоль\л; мочевина 8,0 ммоль\л; амилаза 40 ЕД/л; общий билирубин 20 мкмоль\л; прямая фракция 16 мкмоль\л; непрямая фракция 4 мкмоль\л.

Общий анализ мочи: цвет - тёмно-желтый; реакция кислая; плотность 1025; эритроцитов нет; лейкоциты - 4-5 в поле зрения.

Задание:

Выставьте диагноз с учетом развившегося осложнения;

Обоснуйте его на основании всех имеющихся сведений;

Нужны ли еще дополнительные методы диагностики? Если нужны,  
то какие?

Проведите дифференциальную диагностику;

Составьте программу предоперационной подготовки. Нужна ли подготовка?

Каким должен быть объем операции? Чем ее следует закончить?

Проведите расчет инфузионной терапии в послеоперационном периоде;

Какие группы антибиотиков следует назначить?

В чем заключается профилактика осложнений?

Каков прогноз заболевания?

11. Вопросы реабилитации больного: что нужно рекомендовать родителям и врачу участковой сельской больницы?

**Задача № 5.**

В клинику детской хирургии поступила девочка 10 лет с ножевым ранением брюшной полости. Из анамнеза выяснено, что на ребенка на улице напал мужчина с попыткой изнасилования. Девочка сильно кричала и он нанес ей ножевое ранение в живот, после чего убежал, так как появились прохожие. Изнасилования не было. Вызвана бригада «Скорой помощи», которой больная доставлена в больницу через 30 минут после происшествия. Ребенок без родителей, поэтому анамнез жизни не собран.

При осмотре: состояние тяжелое. Девочка в сознании, стонет. Кожа чистая, бледная. АД 105/65 мм. рт. ст. пульс 116 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Сердце, легкие без патологических изменений.

На животе повязка, пропитанная кровью. Срочно произведена перевязка, во время которой в эпигастральной области обнаружена линейная резаная рана до 4 см. в длину, через неё пролабирует из брюшной полости участок большого сальника. Живот напряжен и болезненен.

Общий анализ крови: эритроциты 3,5\*1012\л; НЬ 130 г\л; лейкоциты 10,2\*109\л; СОЭ 6 мм\час.

Другие анализы без патологии.

На рентгенограмме брюшной полости - «серп» воздуха под правым куполом диафрагмы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз;

2. . Обоснуйте его;

3. Выскажите предположение о наибольшей вероятности ранения  
какого органа брюшной полости (какой орган поврежден вероятнее  
всего?);

4. Составьте алгоритм действий врача-хирурга;

5. Каким будет объем оперативного вмешательства, от чего он будет  
зависеть?

6. Какое осложнение может развиться при промедлении  
проведением оперативного пособия?

7. Составьте план лечения в послеоперационном периоде;

8. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде;

9. Какова их профилактика?

10. Вопросы реабилитации.

**Эталоны ответов на задачи:**

**Задача № 1.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв селезенки. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

**Задача №2.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв правой доли печени. Геморрагический шок III степени. Острая постгеморрагическая анемия;

**Задача №3.**

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв поджелудочной железы. Ферментативный перитонит;

**Задача № 4**.

Закрытая тупая травма брюшной полости. Разрыв тонкой кишки. Каловый перитонит;

**Задача № 5.**

Проникающее ранение брюшной полости с повреждением желудка;

**6. Перечень практических умений по теме:**

Сбор анамнеза

Пальпация брюшной полости.

Определение границ печени, селезенки, поджелудочной железы.

Определение свободного газа под диафрагмой.

Определение свободной жидкости в брюшной полости.

Определение симптомов Хедри, Ваньки-Встаньки, Ортнера, Френикус-симптом.

Интерпретация данных рентгенограммы.

Анализ данных лабораторного исследования крови, мочи при травме брюшной полости.

Формулировка диагноза

Оценка степени кровопотери.

Пункция брюшной полости.

Лапароцентез

Лапароскопия

**1.Тема: «Врожденный вывих бедра. Дисплазия тазобедренного сустава».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности тазобедренного сустава.

2. Биомеханика врожденного вывиха

3. Патанатомические изменения при врожденном вывихе

4. Клиника дисплазии тазобедренных суставов.

5. Степени дисплазии тазобедренных суставов.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

а) параметр эпифизарно-диафизарного угла

б) степень укорочения конечности

в) положение большого вертела

г) сроки окостенения эпифиза головки бедра

д) все перечисленные признаки

2. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

а) ограничение отведения бедер

б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание)

в) укорочение ножки

г) асимметрия ножных складок

д) наружная ротация ножки

3. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

а) в период новорожденности

б) в первые полгода жизни

в) до 1 года

г) до 2 лет

4. НЕЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

а) к асептическому некрозу головки бедренной кости

б) к шоку

в) к разрыву капсулы

г) к скручиванию бедра

д) к нарушению кровообращения в стопах

5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

а) дисплазия бедренного сустава

б) врожденная косорукость

в) амниотические перетяжки

г) патологический вывих бедра

д) болезнь Клиппеля-Фейля

6. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

а) дисфункция созревания

б) дисфункция роста

в) механическое воздействие

г) дистрофические изменения ангионевротического характера

д) тератогенное воздействие

7. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ЛЕЖИТ

а) дисфункция роста

б) дисфункция созревания

в) родовая травма

г) внутриутробная инфекция

д) онкогенное воздействие

8. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА (ДИСПЛАЗИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

а) воспалительный процесс

б) травматический фактор

в) дисплазия

г) неправильное членорасположение плода в утробе матери

д) нарушение обменных процессов

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА (ДИСПЛАЗИЯ) БЫВАЕТ

а) у лиц женского пола

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

г) не имеет значения

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

а) левосторонний вывих

б) правосторонний вывих

в) двусторонний вывих

г) подвывих

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1.Ответ: д

2.Ответ: б

3.Ответ: а

4.Ответ: г

5.Ответ: а

6.Ответ: г

7. Ответ: б

8. Ответ: в

9. Ответ: а

10. Ответ: а

**5. Ситуационные задачи по теме:**

При плановом осмотре в поликлинике детей в возрасте 2-3 месяцев на предмет ортопедической патологии врач-ортопед обнаружил у трёх детей (ребёнок А, ребёнок Б, ребёнок В) симптом ограничения отведения бёдер, причём у двух из них (у А и В) отмечалась наружная ротация обоих бедер, а у одного (у В) была асимметрия бедренных складок. Врач заподозрил у этих детей дисплазию тазобедренных суставов. С целью подтверждения и уточнения диагноза была произведена рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции. На полученных рентгенограммах ядер окостенения головок бёдер нет.

У ребёнка А: ацетабулярный индекс с обеих сторон 35º,

расстояние d справа 2см, слева 2,5см,

высота h справа 1см, слева 0,5см.

У ребёнка Б: ацетабулярный индекс справа 25○, слева 30º,

расстояние d справа 1,5см, слева 1,3см,

высота h справа 1,1см, слева 1,2см.

У ребёнка В: ацетабулярный индекс справа 30○, слева 45º,

расстояние d справа 1,4см, слева 2,8см,

высота h справа 1,2см, слева 0,3см.

Задания:

1. Для чтения рентгенограмм наиболее целесообразно применение схемы?

2. Какой диагноз поставили ребёнку А? Какое лечение показано больному ребёнку А?

3. Какой диагноз поставили ребёнку Б? Какое лечение показано больному ребёнку Б?

4. Какой диагноз поставили ребёнку В? Какое лечение показано больному ребёнку В?

5. Меры по реабилитации у детей раннего возраста с данной патологией?

**Задача №2**

На ортопедический приём привели мальчика 5 лет с жалобами на хромоту. При сборе анамнеза выяснилось, что ребенок поздно начал ходить – в 1год 2 месяца. Походка вначале была неустойчива, затем заметной стала хромота. При осмотре обращает на себя внимание следующая клиническая картина: относительное укорочение правой нижней конечности на 1,5см, ограничение отведения бедра с больной стороны, положительный симптом Тренделенбурга, большой вертел на больной стороне стоит выше линии Розера-Нелатона

Задания:

1. Какой диагноз поставите?

2. Какую схему следует применить для рентген-диагностики?

3. Какие операции производятся детям с врождённым вывихом бедра в этом возрасте?

4. Какой признак позволит дифференцировать COXA VARA и ВВБ?

5. Профилактика послеоперационных осложнений?

**Задача №3**

Во время врачебного патронажного осмотра месячного ребёнка мать сказала, что у ребёнка отмечается опрелость в левой паховой области, с которой ей трудно бороться. Ребёнок от III беременности, II родов (вторая беременность закончилась выкидышем). Беременность протекала тяжело, с токсикозом и нефропатией. Предлежание плода было поперечным. Роды путем «кесарева сечения». Ребёнок (девочка) извлечен в синей асфиксии (двойное обвитие пуповины). Вес при рождении 2500. К груди приложили на 4-е сутки, пуповина отпала на 5-е сутки, из роддома выписали в хорошем состоянии. При осмотре педиатром обнаружено: тонус мышц ребёнка повышен, в паховых областях – опрелость, больше выраженная слева. Отмечается наружная ротация левого бедра, отведение его в тазобедренном суставе значительно меньше, чем справа, но и справа полного отведения нет: слева 45º, справа 60º. Левая паховая складка глубже и длиннее правой. Половая щель скошена. Бедренных складок слева четыре и они глубже и длиннее, располагаются выше, чем складки правого бедра (справа три). Припухлости, отёка, изменения кожи, кроме опрелости, в области тазобедренных суставов нет. Симптом «щелчка» отсутствует. При обследовании ребёнок спокоен, реагирует адекватно.

Задания:

1. Какой диагноз можно заподозрить?

2. Какое рентгенологическое обследование необходимо для уточнения диагноза?

3.По каким рентгенологическим схемам или признакам будете судить наличии патологии тазобедренных суставов данного ребёнка?

4.В случае применения схемы Хильгенрейнера, какие изменения будут подтверждать поставленный диагноз?

5.Какое лечение следует назначить этому ребёнку, учитывая возраст и характер заболевания и меры профилактики данной патологии?

**Задача №4**

Девочка 4 лет припадает на левую ногу.

При осмотре: конечность укорочена, большой вертел расположен выше линии Розера–Нелатона на 3 см, лёгкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено движение бедра, симптом Тренделенбурга положительный.

На представленной рентгенограмме: вертлужная впадина пустая, мелкая, верхний её край сглажен. Головка бедренной кости расположена в надацетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 140o.

Задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Укажите факторы, влияющие на возникновение данной патологии, этапы её формирования и меры профилактики.

3. Какую рентгенологическую схему диагностики использовать в данном возрасте.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

5. Этапы реабилитации.

**Задача №5**

Ребёнку 4,5 мес. Выражены асимметрия бедренных складок и укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, симптом «щелчка» положительный.

На рентгенограмме: крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости справа меньше, расположена на 1,5 см выше верхнего края впадины.

Задания:

1. Каков ваш диагноз и его обоснование?

2. Какую схему используют для облегчения оценки рентгенологического исследования тазобедренных суставов?

3. Какое лечение необходимо назначить данному ребёнку, учитывая возраст и характер данного заболевания?

4. Назовите показания к хирургическому лечению.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. С-ма Хильгенрейнера,
2. Двусторонняя дисплазия: справа - вторая степень, слева – третья степень, консервативное лечение по Лоренцу.
3. Левосторонняя дисплазия первой степени (предвывих), разгрузка левого тазобедренного сустава аппаратом Томсона.
4. Левосторонняя дисплазия третьей степени (вывих бедра), консервативное лечение по Лоренцу, при отсутствии положительного эффекта оперативное лечение.
5. «Ранняя функция, поздняя нагрузка». Фиксация оперированной конечности после операции чаще всего осуществляется гипсовой полуторной кокситной повязкой (повязка полностью фиксирует таз, оперированную конечность и до коленного сустава – здоровую). Срок фиксации в зависимости от вида операции и возраста ребёнка колеблется от 2-х недель до месяца, иногда больше. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №2:**

1. Врождённый вывих бедр.
2. С-ма Рейнберга.
3. Простое открытое вправление бедра, реконструктивные операции на проксимальном конце бедра и крыши вертлужной впадины.
4. Симптом «скольжения»
5. Лечение болевых контрактур, дистрофических процессов, медикаментозное, ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №3:**

1. Дисплазия левого тазобедренного сустава.
2. Прямая и боковая рентгенограмма тазобедренных суставов.
3. По схеме Хильгенрейнера.
4. Ацетабулярный индекс слева 40○, расстояние d слева 2,5 см, расстояние h слева 0,3 см.
5. Лечение стандартной шиной ЦИТО, лечение шиной Волкова, Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

**К задаче №4:**

1. У ребёнка врождённый вывих левого бедра. Клинические признаки (укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое стояние большого вертела) подтверждены рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, её верхний край скошен, головка бедренной кости вне впадины.

2. Схема Рейнберга.

3. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.

4. Coxa vara, ДЦП, родовой эпифизиолиз, эпифизарный остеомиелит, поталогический вывих, контрактура тазобедренного сустава, болезнь Пертеса

5. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №5:**

1. У ребёнка врождённый вывих правого бедра.

2. По схеме Хильгенрейнера,

3. Лечение: ЛФК, фиксация конечностей на шине, например ЦИТО, массаж ног и ягодичных областей. Необходимо наблюдение ортопеда за лечением.

4. Показания к оперативному лечению:

-неудачи раннего вправления функциональными методами

-по возрасту (после 1-2 лет)

-невправимость вывиха

-рецидив вывиха

-нестабильность, остаточные подвывихи, децентрации

-недостаточность крыши

-двухстороний вывих.

5. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение (основные принципы которого заключаются: а) обеспечивается постепенное ненасильственное сопоставление головки бедра и вертлужной впадины. б) сохранять подвижность во всех суставах нижней конечностей. в) исключатся действие неблагоприятных моментов действующих на нормальное развитие суставов.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение обследования опорно-двигательного аппарата новорожденного у ребенка
3. Дифференциальная диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра
4. Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра
5. Логическое обоснование диагноза
6. Выбор правильной тактики лечения

**1.Тема«Врожденный вывих бедра. Врожденный вывих, подвывих».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности тазобедренного сустава.

2. Биомеханика врожденного вывиха

3. Патанатомические изменения при врожденном вывихе

4. Клиника дисплазии тазобедренных суставов. Врожденного вывиха бедра

5. Степени дисплазии тазобедренных суставов. Врожденный вывих бедра односторний и двухсторонний

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

а) параметр эпифизарно-диафизарного угла

б) степень укорочения конечности

в) положение большого вертела

г) сроки окостенения эпифиза головки бедра

д) все перечисленные признаки

2. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

а) ограничение отведения бедер

б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание)

в) укорочение ножки

г) асимметрия ножных складок

д) наружная ротация ножки

3. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

а) в период новорожденности

б) в первые полгода жизни

в) до 1 года

г) до 2 лет

4. НЕЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

а) к асептическому некрозу головки бедренной кости

б) к шоку

в) к разрыву капсулы

г) к скручиванию бедра

д) к нарушению кровообращения в стопах

5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

а) дисплазия бедренного сустава

б) врожденная косорукость

в) амниотические перетяжки

г) патологический вывих бедра

д) болезнь Клиппеля-Фейля

6. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

а) дисфункция созревания

б) дисфункция роста

в) механическое воздействие

г) дистрофические изменения ангионевротического характера

д) тератогенное воздействие

7. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ЛЕЖИТ

а) дисфункция роста

б) дисфункция созревания

в) родовая травма

г) внутриутробная инфекция

д) онкогенное воздействие

8. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА (ДИСПЛАЗИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

а) воспалительный процесс

б) травматический фактор

в) дисплазия

г) неправильное членорасположение плода в утробе матери

д) нарушение обменных процессов

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА (ДИСПЛАЗИЯ) БЫВАЕТ

а) у лиц женского пола

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

г) не имеет значения

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

а) левосторонний вывих

б) правосторонний вывих

в) двусторонний вывих

г) подвывих

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1.Ответ: д

2.Ответ: б

3.Ответ: а

4.Ответ: г

5.Ответ: а

6.Ответ: г

7. Ответ: б

8. Ответ: в

9. Ответ: а

10. Ответ: а

**5. Ситуационные задачи по теме:**

При плановом осмотре в поликлинике детей в возрасте 2-3 месяцев на предмет ортопедической патологии врач-ортопед обнаружил у трёх детей (ребёнок А, ребёнок Б, ребёнок В) симптом ограничения отведения бёдер, причём у двух из них (у А и В) отмечалась наружная ротация обоих бедер, а у одного (у В) была асимметрия бедренных складок. Врач заподозрил у этих детей дисплазию тазобедренных суставов. С целью подтверждения и уточнения диагноза была произведена рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции. На полученных рентгенограммах ядер окостенения головок бёдер нет.

У ребёнка А: ацетабулярный индекс с обеих сторон 35º,

расстояние d справа 2см, слева 2,5см,

высота h справа 1см, слева 0,5см.

У ребёнка Б: ацетабулярный индекс справа 25○, слева 30º,

расстояние d справа 1,5см, слева 1,3см,

высота h справа 1,1см, слева 1,2см.

У ребёнка В: ацетабулярный индекс справа 30○, слева 45º,

расстояние d справа 1,4см, слева 2,8см,

высота h справа 1,2см, слева 0,3см.

Задания:

1. Для чтения рентгенограмм наиболее целесообразно применение схемы?

2. Какой диагноз поставили ребёнку А? Какое лечение показано больному ребёнку А?

3. Какой диагноз поставили ребёнку Б? Какое лечение показано больному ребёнку Б?

4. Какой диагноз поставили ребёнку В? Какое лечение показано больному ребёнку В?

5. Меры по реабилитации у детей раннего возраста с данной патологией?

**Задача №2**

На ортопедический приём привели мальчика 5 лет с жалобами на хромоту. При сборе анамнеза выяснилось, что ребенок поздно начал ходить – в 1год 2 месяца. Походка вначале была неустойчива, затем заметной стала хромота. При осмотре обращает на себя внимание следующая клиническая картина: относительное укорочение правой нижней конечности на 1,5см, ограничение отведения бедра с больной стороны, положительный симптом Тренделенбурга, большой вертел на больной стороне стоит выше линии Розера-Нелатона

Задания:

1. Какой диагноз поставите?

2. Какую схему следует применить для рентген-диагностики?

3. Какие операции производятся детям с врождённым вывихом бедра в этом возрасте?

4. Какой признак позволит дифференцировать COXA VARA и ВВБ?

5. Профилактика послеоперационных осложнений?

**Задача №3**

Во время врачебного патронажного осмотра месячного ребёнка мать сказала, что у ребёнка отмечается опрелость в левой паховой области, с которой ей трудно бороться. Ребёнок от III беременности, II родов (вторая беременность закончилась выкидышем). Беременность протекала тяжело, с токсикозом и нефропатией. Предлежание плода было поперечным. Роды путем «кесарева сечения». Ребёнок (девочка) извлечен в синей асфиксии (двойное обвитие пуповины). Вес при рождении 2500. К груди приложили на 4-е сутки, пуповина отпала на 5-е сутки, из роддома выписали в хорошем состоянии. При осмотре педиатром обнаружено: тонус мышц ребёнка повышен, в паховых областях – опрелость, больше выраженная слева. Отмечается наружная ротация левого бедра, отведение его в тазобедренном суставе значительно меньше, чем справа, но и справа полного отведения нет: слева 45º, справа 60º. Левая паховая складка глубже и длиннее правой. Половая щель скошена. Бедренных складок слева четыре и они глубже и длиннее, располагаются выше, чем складки правого бедра (справа три). Припухлости, отёка, изменения кожи, кроме опрелости, в области тазобедренных суставов нет. Симптом «щелчка» отсутствует. При обследовании ребёнок спокоен, реагирует адекватно.

Задания:

1. Какой диагноз можно заподозрить?

2. Какое рентгенологическое обследование необходимо для уточнения диагноза?

3.По каким рентгенологическим схемам или признакам будете судить наличии патологии тазобедренных суставов данного ребёнка?

4.В случае применения схемы Хильгенрейнера, какие изменения будут подтверждать поставленный диагноз?

5.Какое лечение следует назначить этому ребёнку, учитывая возраст и характер заболевания и меры профилактики данной патологии?

**Задача №4**

Девочка 4 лет припадает на левую ногу.

При осмотре: конечность укорочена, большой вертел расположен выше линии Розера–Нелатона на 3 см, лёгкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено движение бедра, симптом Тренделенбурга положительный.

На представленной рентгенограмме: вертлужная впадина пустая, мелкая, верхний её край сглажен. Головка бедренной кости расположена в надацетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 140o.

Задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Укажите факторы, влияющие на возникновение данной патологии, этапы её формирования и меры профилактики.

3. Какую рентгенологическую схему диагностики использовать в данном возрасте.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

5. Этапы реабилитации.

**Задача №5**

Ребёнку 4,5 мес. Выражены асимметрия бедренных складок и укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, симптом «щелчка» положительный.

На рентгенограмме: крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости справа меньше, расположена на 1,5 см выше верхнего края впадины.

Задания:

1. Каков ваш диагноз и его обоснование?

2. Какую схему используют для облегчения оценки рентгенологического исследования тазобедренных суставов?

3. Какое лечение необходимо назначить данному ребёнку, учитывая возраст и характер данного заболевания?

4. Назовите показания к хирургическому лечению.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. С-ма Хильгенрейнера,
2. Двусторонняя дисплазия: справа - вторая степень, слева – третья степень, консервативное лечение по Лоренцу.
3. Левосторонняя дисплазия первой степени (предвывих), разгрузка левого тазобедренного сустава аппаратом Томсона.
4. Левосторонняя дисплазия третьей степени (вывих бедра), консервативное лечение по Лоренцу, при отсутствии положительного эффекта оперативное лечение.
5. «Ранняя функция, поздняя нагрузка». Фиксация оперированной конечности после операции чаще всего осуществляется гипсовой полуторной кокситной повязкой (повязка полностью фиксирует таз, оперированную конечность и до коленного сустава – здоровую). Срок фиксации в зависимости от вида операции и возраста ребёнка колеблется от 2-х недель до месяца, иногда больше. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №2:**

1. Врождённый вывих бедр.
2. С-ма Рейнберга.
3. Простое открытое вправление бедра, реконструктивные операции на проксимальном конце бедра и крыши вертлужной впадины.
4. Симптом «скольжения»
5. Лечение болевых контрактур, дистрофических процессов, медикаментозное, ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №3:**

1. Дисплазия левого тазобедренного сустава.
2. Прямая и боковая рентгенограмма тазобедренных суставов.
3. По схеме Хильгенрейнера.
4. Ацетабулярный индекс слева 40○, расстояние d слева 2,5 см, расстояние h слева 0,3 см.
5. Лечение стандартной шиной ЦИТО, лечение шиной Волкова, Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

**К задаче №4:**

1. У ребёнка врождённый вывих левого бедра. Клинические признаки (укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое стояние большого вертела) подтверждены рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, её верхний край скошен, головка бедренной кости вне впадины.

2. Схема Рейнберга.

3. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.

4. Coxa vara, ДЦП, родовой эпифизиолиз, эпифизарный остеомиелит, поталогический вывих, контрактура тазобедренного сустава, болезнь Пертеса

5. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №5:**

1. У ребёнка врождённый вывих правого бедра.

2. По схеме Хильгенрейнера,

3. Лечение: ЛФК, фиксация конечностей на шине, например ЦИТО, массаж ног и ягодичных областей. Необходимо наблюдение ортопеда за лечением.

4. Показания к оперативному лечению:

-неудачи раннего вправления функциональными методами

-по возрасту (после 1-2 лет)

-невправимость вывиха

-рецидив вывиха

-нестабильность, остаточные подвывихи, децентрации

-недостаточность крыши

-двухстороний вывих.

5. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение (основные принципы которого заключаются: а) обеспечивается постепенное ненасильственное сопоставление головки бедра и вертлужной впадины. б) сохранять подвижность во всех суставах нижней конечностей. в) исключатся действие неблагоприятных моментов действующих на нормальное развитие суставов.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение обследования опорно-двигательного аппарата новорожденного у ребенка
3. Дифференциальная диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра
4. Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра
5. Логическое обоснование диагноза
6. Выбор правильной тактики лечения

**1.Тема: «Врожденный вывих бедра Стандарты обследования. Показания к консервативному и оперативномуметодам лечения».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Рентгенологическая диагностика дисплазий и врожденного вывиха бедра

2. Методы исследования, применяемые при врожденном вывихе бедра

1. Условия, показания и методика консервативного лечения
2. Показания к оперативному лечению
3. Осложнения при врожденном вывихе бедра, исходы
4. Диспансеризация и реабилитация больных

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО

1. ограничение отведения бедер
2. симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание)
3. укорочение ножки
4. асимметрия ножных складок
5. наружная ротация ножки

2. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

1. укорочение конечности
2. асимметрия кожных складок
3. симптом «щелчка»
4. ограничение отведения бедер
5. внутренняя ротация конечности

3. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДЕЛЯТСЯ

1. на внутрисуставные и внесуставные
2. на костях таза
3. на проксимальном отделе бедра
4. в сочетании с артропластикой сустава
5. на сухожильно-связочном аппарате

4. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

1. в период новорожденности
2. в первые полгода жизни
3. до 1 года
4. до 2 лет
5. срок не имеет значения

5. 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)

6. 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 тазабедренном суставе

7. О ЧЕМ ГОВОРИТ НАЛИЧИЕ СИМПТОМА «ЩЕЛЧКА»

1. дисплазия тазобедренных суставов
2. подвывих бедра
3. предвывих бедра
4. вывих бедра
5. перелом шейки бедра

8. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ампутация
2. околосуставная резекция
3. скелетное вытяжение
4. выскабливание
5. сегментарная резекция поднадкостничная

9. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ:

1. параметр эпифизарно-диафизарного угла
2. степень укорочения конечности
3. положение большого вертела
4. сроки окостенения эпифиза головки бедра
5. все перечисленные признаки

10. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫЯВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РАЗРАБОТАННАЯ

1) Рейнбергом

2) Радулеску

3) Хингельрейнером

4) Омбреданом

5) Путти

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 1
3. 5
4. 4
5. 5
6. 4
7. 5
8. 1
9. 4

10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

При плановом осмотре в поликлинике детей в возрасте 2-3 месяцев на предмет ортопедической патологии врач-ортопед обнаружил у трёх детей (ребёнок А, ребёнок Б, ребёнок В) симптом ограничения отведения бёдер, причём у двух из них (у А и В) отмечалась наружная ротация обоих бедер, а у одного (у В) была асимметрия бедренных складок. Врач заподозрил у этих детей дисплазию тазобедренных суставов. С целью подтверждения и уточнения диагноза была произведена рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции. На полученных рентгенограммах ядер окостенения головок бёдер нет.

У ребёнка А: ацетабулярный индекс с обеих сторон 35º,

расстояние d справа 2см, слева 2,5см,

высота h справа 1см, слева 0,5см.

У ребёнка Б: ацетабулярный индекс справа 25○, слева 30º,

расстояние d справа 1,5см, слева 1,3см,

высота h справа 1,1см, слева 1,2см.

У ребёнка В: ацетабулярный индекс справа 30○, слева 45º,

расстояние d справа 1,4см, слева 2,8см,

высота h справа 1,2см, слева 0,3см.

Задания:

1. Для чтения рентгенограмм наиболее целесообразно применение схемы?

2. Какой диагноз поставили ребёнку А? Какое лечение показано больному ребёнку А?

3. Какой диагноз поставили ребёнку Б? Какое лечение показано больному ребёнку Б?

4. Какой диагноз поставили ребёнку В? Какое лечение показано больному ребёнку В?

5. Меры по реабилитации у детей раннего возраста с данной патологией?

**Задача №2**

На ортопедический приём привели мальчика 5 лет с жалобами на хромоту. При сборе анамнеза выяснилось, что ребенок поздно начал ходить – в 1год 2 месяца. Походка вначале была неустойчива, затем заметной стала хромота. При осмотре обращает на себя внимание следующая клиническая картина: относительное укорочение правой нижней конечности на 1,5см, ограничение отведения бедра с больной стороны, положительный симптом Тренделенбурга, большой вертел на больной стороне стоит выше линии Розера-Нелатона

Задания:

1. Какой диагноз поставите?

2. Какую схему следует применить для рентген-диагностики?

3. Какие операции производятся детям с врождённым вывихом бедра в этом возрасте?

4. Какой признак позволит дифференцировать COXA VARA и ВВБ?

5. Профилактика послеоперационных осложнений?

**Задача №3**

Во время врачебного патронажного осмотра месячного ребёнка мать сказала, что у ребёнка отмечается опрелость в левой паховой области, с которой ей трудно бороться. Ребёнок от III беременности, II родов (вторая беременность закончилась выкидышем). Беременность протекала тяжело, с токсикозом и нефропатией. Предлежание плода было поперечным. Роды путем «кесарева сечения». Ребёнок (девочка) извлечен в синей асфиксии (двойное обвитие пуповины). Вес при рождении 2500. К груди приложили на 4-е сутки, пуповина отпала на 5-е сутки, из роддома выписали в хорошем состоянии. При осмотре педиатром обнаружено: тонус мышц ребёнка повышен, в паховых областях – опрелость, больше выраженная слева. Отмечается наружная ротация левого бедра, отведение его в тазобедренном суставе значительно меньше, чем справа, но и справа полного отведения нет: слева 45º, справа 60º. Левая паховая складка глубже и длиннее правой. Половая щель скошена. Бедренных складок слева четыре и они глубже и длиннее, располагаются выше, чем складки правого бедра (справа три). Припухлости, отёка, изменения кожи, кроме опрелости, в области тазобедренных суставов нет. Симптом «щелчка» отсутствует. При обследовании ребёнок спокоен, реагирует адекватно.

Задания:

1. Какой диагноз можно заподозрить?

2. Какое рентгенологическое обследование необходимо для уточнения диагноза?

3.По каким рентгенологическим схемам или признакам будете судить наличии патологии тазобедренных суставов данного ребёнка?

4.В случае применения схемы Хильгенрейнера, какие изменения будут подтверждать поставленный диагноз?

5.Какое лечение следует назначить этому ребёнку, учитывая возраст и характер заболевания и меры профилактики данной патологии?

**Задача №4**

Девочка 4 лет припадает на левую ногу.

При осмотре: конечность укорочена, большой вертел расположен выше линии Розера–Нелатона на 3 см, лёгкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено движение бедра, симптом Тренделенбурга положительный.

На представленной рентгенограмме: вертлужная впадина пустая, мелкая, верхний её край сглажен. Головка бедренной кости расположена в надацетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 140o.

Задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Укажите факторы, влияющие на возникновение данной патологии, этапы её формирования и меры профилактики.

3. Какую рентгенологическую схему диагностики использовать в данном возрасте.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

5. Этапы реабилитации.

**Задача №5**

Ребёнку 4,5 мес. Выражены асимметрия бедренных складок и укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, симптом «щелчка» положительный.

На рентгенограмме: крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости справа меньше, расположена на 1,5 см выше верхнего края впадины.

Задания:

1. Каков ваш диагноз и его обоснование?

2. Какую схему используют для облегчения оценки рентгенологического исследования тазобедренных суставов?

3. Какое лечение необходимо назначить данному ребёнку, учитывая возраст и характер данного заболевания?

4. Назовите показания к хирургическому лечению.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. С-ма Хильгенрейнера,

2. Двусторонняя дисплазия: справа - вторая степень, слева – третья степень, консервативное лечение по Лоренцу.

3. Левосторонняя дисплазия первой степени (предвывих), разгрузка левого тазобедренного сустава аппаратом Томсона.

4. Левосторонняя дисплазия третьей степени (вывих бедра), консервативное лечение по Лоренцу, при отсутствии положительного эффекта оперативное лечение.

5. Ранняя функция, поздняя нагрузка». Фиксация оперированной конечности после операции чаще всего осуществляется гипсовой полуторной кокситной повязкой (повязка полностью фиксирует таз, оперированную конечность и до коленного сустава – здоровую). Срок фиксации в зависимости от вида операции и возраста ребёнка колеблется от 2-х недель до месяца, иногда больше. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №2:**

* 1. Врождённый вывих бедр.
  2. С-ма Рейнберга.
  3. Простое открытое вправление бедра, реконструктивные операции на проксимальном конце бедра и крыши вертлужной впадины.
  4. Симптом «скольжения»
  5. Лечение болевых контрактур, дистрофических процессов, медикаментозное, ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №3:**

1. Дисплазия левого тазобедренного сустава.

2. Прямая и боковая рентгенограмма тазобедренных суставов.

3. По схеме Хильгенрейнера.

4. Ацетабулярный индекс слева 40○, расстояние d слева 2,5 см, расстояние h слева 0,3 см.

5. Лечение стандартной шиной ЦИТО, лечение шиной Волкова, Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

**К задаче №4:**

1. У ребёнка врождённый вывих левого бедра. Клинические признаки (укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое стояние большого вертела) подтверждены рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, её верхний край скошен, головка бедренной кости вне впадины.

2. Схема Рейнберга.

3. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.

4. Coxa vara, ДЦП, родовой эпифизиолиз, эпифизарный остеомиелит, поталогический вывих, контрактура тазобедренного сустава, болезнь Пертеса

5. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

**К задаче №5:**

1. У ребёнка врождённый вывих правого бедра.

2. По схеме Хильгенрейнера,

3. Лечение: ЛФК, фиксация конечностей на шине, например ЦИТО, массаж ног и ягодичных областей. Необходимо наблюдение ортопеда за лечением.

4. Показания к оперативному лечению:

-неудачи раннего вправления функциональными методами

-по возрасту (после 1-2 лет)

-невправимость вывиха

-рецидив вывиха

-нестабильность, остаточные подвывихи, децентрации

-недостаточность крыши

-двухстороний вывих.

5. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение (основные принципы которого заключаются: а) обеспечивается постепенное ненасильственное сопоставление головки бедра и вертлужной впадины. б) сохранять подвижность во всех суставах нижней конечностей. в) исключатся действие неблагоприятных моментов действующих на нормальное развитие суставов.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза

2. Проведение обследования опорно-двигательного аппарата новорожденного и ребенка старшего возраста

3. Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра

4. Логически обосновать диагноз

5. Выбрать правильную лечебную тактику

6. Провести реабилитацию детей, перенесших операцию по поводу дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра

7. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра

**1.Тема: «Нарушение осанки. Сколиоз. Этиология, патогенез, сколиотической болезни и симптоматических сколиозов».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности строения позвоночного столба
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Классификация.
4. особенности сколиоза и видов нарушения осанки
5. степени сколиоза и его локализация
6. клиника сколиоза и нарушений осанки
7. клиническая диагностика, рентгенологическая

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА НЕ ОТНОСИТСЯ К СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ?

а) Боковое искривление позвоночника

б) Неравномерность треугольников талии

в) Симметричное укорочение грудной клетки с остроконечным гибусом в в/3 или ср/3 позвоночника

г) S-образное искривление позвоночника

д) Перекос таза

2. НАЗОВИТЕ АБСОЛЮТНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО (ИДИОПАТИЧЕКОГО) СКОЛИОЗА

а) Трапецевидная деформация тел позвонков

б) Торсия позвонков

в) Остеопороз тел позвонков по выпуклой стороне

г) Остеопороз тел позвонков по вогнутой стороне

д) Сужение межреберных промежутков на вогнутой стороне деформации

3. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ?

а) Разная длина надплечий

б) Отклонение пупка от средней линии тела

в) Округлая спина

г) Разный уровень расположения сосков

д) Разный уровень стояния лопаток

4. К ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ

а) Нестабильность кривизны позвоночника

б) Большая степень кривизны у детей дошкольного и раннего школьного возраста

в) Отсутствие менструального цикла у девочек - подростков с начальными формами сколиоза

г) Отсутствие или начало появления теста Риссера (0 - 1) у подростков при кривизне II - III степени

д) Фиксированная сколиотическая деформация позвоночника

5. УКАЖИТЕ ВЕЛИЧИНУ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СКОЛИОЗЕ НЕ ИМЕЮЩУЮ ОТНОШЕНИЯ К КЛАССИФИКАЦИИ В.Д. ЧАКЛИНА

а) I ст. до 10 градусов

б) II ст. от 10 до 30 градусов

в) III ст. от 30 до 50 градусов

г) IV ст. свыше 50 градусов

д) V ст. более 90 градусов

6. НАЗОВИТЕ ТРАДИЦИОННЫЕ СРЕДСТВА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА НЕ ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОЗА

а) Гипсовая корригирующая кроватка

б) Корсет без головодержателя

в) Корсет с головодержателем типа Мильвоки

г) Аппарат для тренировки пояснично-подвздошной мышцы

д) Корсет с упором в рукоятку грудины

7. ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ В ПРОГРАММУ КУРСА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА МОЖНО ВКЛЮЧИТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

а) Лечебная физкультура

б) Массаж мышц спины

в) Гипсовые корсеты

г) Мануальная терапия

д) Тренировка пояснично-подвздошной мышцы

8. В МЕТОДИКУ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ НЕ ВХОДИТ:

а) Осмотр и определение клинических признаков сколиоза

б) Определение степени фиксации деформации позвоночника

в) Рентгенография позвоночника

г) Спирометрия

д) Осмотр главного врача

9. ДИСПЛАСТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ, КРОМЕ:

а) Болезнь Марфана

б) Нефроптоз

в) Миопия

г) Гарголизм

д) Гигрома подколенной ямки

10. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ

а) Искривление позвоночника II степени у подростка 15-16 лет

б) Искривление позвоночника II степени у ребенка 8-9 лет

в) Искривление позвоночника I степени

г) Искривление позвоночника III-IV степени у взрослых

д) Искривление позвоночника III-IV степени, быстропрогрессирующее у детей школьного возраста

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. Ответ: в

2. Ответ: б

3. Ответ: в

4. Ответ: д

5. Ответ: д

6. Ответ: д

7. Ответ: в

8. Ответ: д

9. Ответ: д

10. Ответ: д

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1.**

При углубленном осмотре детей в школе у девочки 12 лет обнаружено: правое плечо выше левого, треугольники талии не одинаковы /слева больше/, углы лопаток не на одном уровне /справа выше/; в положении наклона кпереди определяется деформация грудной клетки /справа выступают ребра, слева в поясничном отделе параллельно позвоночнику пальпируется мышечный валик. Девочка о своем заболевании не знает, общее состояние ее не нарушено и к врачу она раньше не обращалась.

1. Какой молено поставить диагноз?

а/ нарушение осанки,

б/ сколиоз грудного отдела позвоночника I степени,

в/ школьный сколиоз грудного отдела позвоночника II степени,

г/ идиопатический правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника

III степени,

д/ идиопатический правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника IV

степени.

2.Для уточнения диагноза и назначения лечения необходимо произвести рентгенологическое обследование. Какое?

а/ рентгенография грудного отдела позвоночника в прямой и боковой проекции

в положении лежа,

б/ рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в положении

стоя,

в/ рентгенография грудного отдела позвоночника в 2-х проекциях в положении

стоя и лежа,

г/ рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника с захватом

крыльев подвздошных костей в положении стоя и лежа, в прямой и боковой

проекции,

д/рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в положении

лежа и стоя в прямой проекции.

3.Какое лечение показано данной больной?

а/ массаж мышц спины и корригирующая гимнастика с фиксацией

позвоночника ортопедическим корсетом,

б/ массаж мышц спины и живота, гимнастика на укрепление мышечного

корсета, спать в гипсовой кроватке,

в/ оперативное лечение: задний спондилодез по Чаклину,

г/ оперативное лечение с применением металлоконструкций / например,

аппарата Роднянского-Гуполова/,

д/ комплексное консервативное лечение в условиях школы для детей со

сколиозом.

4. В случае проведения консервативного лечения, какими средствами можно добиться коррекции деформации позвоночника?

а/ активной общеукрепляющей гимнастикой; б/ корригирующей гимнастикой ;

в/ вытяжением на наклонной плоскости;

г/ постоянным ношением съемного корсета;

д/ постельным режимом с фиксацией гипсовой кроваткой.

5. В случае оперативного лечения коррекция деформации  
позвоночника достигается:

а/ рассечением мягких тканей /лигаментокапсулотомия/ на стороне выпуклости

дуги искривления;

б/ рассечением мягких тканей на стороне вогнутости дуги искривления;

в/дискотомией;

г/ клиновидной резекцией тел позвонков на высоте искривления;

д/ применением аутотрансплантата с вогнутой стороны дуги..

6. Для фиксации достигнутой коррекции при консервативном  
лечении необходимо:

а/ длительное ношение фиксирующего съемного ортопедического корсета;

б/длительная фиксация гипсовым корсетом;

в/ спать в гипсовой кроватке;

г/ создать хороший мышечный корсет путем систематических занятий лечебной

физкультурой;

д/ периодически проводить курсы массажа мышц спины, живота.

7. При оперативном лечении сколиоза с применением  
металлоконструкций возможны специифические осложнения:

а/ нагноение раны;

б/кровотечение;

в/ металлоз;

г/ перелом дужек позвонков;

д/ неврологические осложнения.

**Задача № 2**.

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 позвоночников отклонена влево. На рентгенограмме, в положение стоя угол искривления позвоночного столба составляет по методу Фергюссона 70, в положение лежа угол равен 50.

1. Ваш диагноз?

2. План лечения.

**Задача № 3**

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 лапаток справа выше на 2 см. В положение наклона отчетливо определяется ассиметрия реберное выбухание справа и мышечный валик в поясничном отделе. На рентгенограмме по методу Фергюссону угол искривления 120 - 150, в положение лежа и стоя, с вершиной искривления (VIII-грудного позвонка).

1. Ваш диагноз с указанием степени?
2. План лечения.

**Задача № 4**

Врач-ортопед приглашён в родильный дом на консультацию к новорождённому по поводу врождённой деформации позвоночника. При осмотре заметен грудопоясничный сколиоз с деформацией грудной клетки и перекосом таза. На рентгенограмме — грудопоясничный 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.

**Задача №5**

У больной 5 лет С-образный грудной сколиоз. Справа формируется подлопаточный рёберный горб. На рентгенограмме выявлена односторонняя сколиотическая дуга в грудном отделе величиной 160o. 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.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Задача № 1.**

(1-Г, 2-Г, 3-Г, Д. 4-Б, В, Г. 5-Б, В. 6-А, В, Г. 7-В, Г, Д)

**Задача № 2.**

Сколиоз I степени. Консервативное лечение (ношение корригирующего корсета), общее оздоровление ребенка, выработка индивидуально статико-динамического режима, ЛФК, массаж и т.д..

Задача № 3.

Сколиоз II степени. Диспансеризация, соблюдение ортопедического разгрузочного режима (спец. занятия, ношение ортопед, корсета, гипсовые кроватки 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 лечение.

**Задача № 4.**

Диагноз «Врождённый грудопоясничный 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 кроватку и продолжать корригирующие упражнения. С началом ходьбы назначают матерчатый корсет, ЛФК, массаж спины. Необходимо наблюдение ортопеда. Рентгеновские снимки делают строго по показаниям.

**Задача № 5.**

Диагноз «Врождённый С-образный грудной сколиоз». Лечение оперативное — резекция сращённого участка рёбер. После операции рекомендуют ЛФК, ношение корригирующего корсета, изготавливают гипсовую кроватку для сна. Необходимо наблюдение ортопеда.

**6. Перечень практических умений:**

1. собрать анамнез

2. проводить обследование опорно-двигательного аппарата новорожденного и ребенка старшего возраста

1. дифференцировать сколиоз и нарушение осанки
2. рентгенологическую диагностику сколиоза
3. логически обосновывать диагноз
4. выбирать правильную лечебную тактику
5. проводить реабилитацию детей, перенесших операцию по поводу сколиоза

**1.Тема: «Нарушение осанки. Сколиоз Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Диагносттка

2. Дифференциальная диагностика

1. Условия, показания и методика консервативного лечения
2. Оперативное лечение, виды вмешательств
3. Осложнения, их коррекция
4. Профилактика
5. Вопросы реабилитации
6. Прогноз заболевания

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) верхнее-грудной сколиоз

2) грудной сколиоз

3) грудопоясничный сколиоз

4) поясничный сколиоз

5) комбинированный сколиоз

2. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПЕРВЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ

1. в телах позвонков
2. в мышцах спины
3. в спинном мозге
4. в межпозвонковых дисках
5. в дужках позвонков

3. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ТЕСТ ПРИЗНАКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1. тест Кона
2. тест Риссера
3. тест Мовшовича
4. схема Хильгенрейнера
5. индекс стабильности Казьмина

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

1. осмотром больного в положении стоя, спереди и сзади
2. прикреплением отвеса к остистому отростку CVII и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки
3. прикреплением отвеса к вершине деформации и определением отклонения линии отвеса от межъягодичной складки
4. прикреплением отвеса к яремной вырезке и определением отклонения линии отвеса от передне-верхних остей подвздошных костей
5. осмотром больного с боку

5. СТАБИЛЬНОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СКОЛИОЗЕ ОБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. тракцией головы больного вверх и определением подвижности деформации
2. по амплитуде наклона туловища больного в разные стороны
3. по рентгенограммам позвоночника, сделанным в положении стоя и лежа, путем накладывания их одна на другую
4. по формуле Казьмина, определяющей отношение угла деформации в положении лежа к углу деформации в положении стоя
5. по субъективным ощущениям и жалобам больного

6. МАССАЖ МЫШЦ СПИНЫ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ

1. более активно на вогнутой стороне искривления
2. более активно на выпуклой стороне искривления
3. активно на обеих сторонах искривления
4. с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления
5. как и при других дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника

7. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. патология межпозвонкового диска и нарушение первичного роста в телах позвонков
2. нарушение мышечного равновесия туловища
3. травма
4. повышение естественного радиационного фона окружающей среды
5. формирование стяжки с вогнутой стороны вследствие позиционного сдавления

8. НА ВЕРШИНЕ ГРУДНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СПИННОЙ МОЗГ СМЕЩЕН

1. в вентральную сторону
2. в дорсальную сторону
3. сохраняет свое центральное положение
4. к выпуклой стороне деформации
5. к вогнутой стороне деформации

9. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ И ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ ТОРСИИ ПОЗВОНКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. клинический метод с помощью аппарата Шультеса
  2. рентгенографический метод по величине отклонения остистых отростков
  3. рентгенографический метод – по величине смещения корня дужки от боковой поверхности позвонка на вершине деформации
  4. рентгенографический – по расстоянию от остистого отростка до сторон тела позвонка
  5. по измерению наклона тубуса рентгеновского аппарата, необходимого для получения правильной переднезадней проекции вершинного позвонка

10. . ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДИСКОТОМИИ НЕОБХОДИМО

* + - 1. наложение среднего гипсового корсета на 6 месяцев
      2. наложение высокого гипсового корсета на 6 месяцев
      3. соблюдение постельного режима в течение 6 месяцев с последующим наложением высокого гипсового корсета
      4. наложение высокого гипсового корсета с последующей редрессацией искривления в корсете, иммобилизация 6 месяцев
      5. проведение интенсивного консервативного лечения сколиотической деформации (лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция)

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 4
2. 2
3. 5
4. 4
5. 3
6. 5
7. 4
8. 2
9. 4
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача 1.**

При углубленном осмотре детей в школе у девочки 12 лет обнаружено: правое плечо выше левого, треугольники талии не одинаковы /слева больше/, углы лопаток не на одном уровне /справа выше/; в положении наклона кпереди определяется деформация грудной клетки /справа выступают ребра, слева в поясничном отделе параллельно позвоночнику пальпируется мышечный валик. Девочка о своем заболевании не знает, общее состояние ее не нарушено и к врачу она раньше не обращалась.

1. Какой молено поставить диагноз?

а/ нарушение осанки,

б/ сколиоз грудного отдела позвоночника I степени,

в/ школьный сколиоз грудного отдела позвоночника II степени,

г/ идиопатический правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника

III степени,

д/ идиопатический правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника IV

степени.

2.Для уточнения диагноза и назначения лечения необходимо произвести рентгенологическое обследование. Какое?

а/ рентгенография грудного отдела позвоночника в прямой и боковой проекции

в положении лежа,

б/ рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в положении

стоя,

в/ рентгенография грудного отдела позвоночника в 2-х проекциях в положении

стоя и лежа,

г/ рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника с захватом

крыльев подвздошных костей в положении стоя и лежа, в прямой и боковой

проекции,

д/рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в положении

лежа и стоя в прямой проекции.

3.Какое лечение показано данной больной?

а/ массаж мышц спины и корригирующая гимнастика с фиксацией

позвоночника ортопедическим корсетом,

б/ массаж мышц спины и живота, гимнастика на укрепление мышечного

корсета, спать в гипсовой кроватке,

в/ оперативное лечение: задний спондилодез по Чаклину,

г/ оперативное лечение с применением металлоконструкций / например,

аппарата Роднянского-Гуполова/,

д/ комплексное консервативное лечение в условиях школы для детей со

сколиозом.

4. В случае проведения консервативного лечения, какими средствами можно добиться коррекции деформации позвоночника?

а/ активной общеукрепляющей гимнастикой; б/ корригирующей гимнастикой ;

в/ вытяжением на наклонной плоскости;

г/ постоянным ношением съемного корсета;

д/ постельным режимом с фиксацией гипсовой кроваткой.

5. В случае оперативного лечения коррекция деформации  
позвоночника достигается:

а/ рассечением мягких тканей /лигаментокапсулотомия/ на стороне выпуклости

дуги искривления;

б/ рассечением мягких тканей на стороне вогнутости дуги искривления;

в/дискотомией;

г/ клиновидной резекцией тел позвонков на высоте искривления;

д/ применением аутотрансплантата с вогнутой стороны дуги..

6. Для фиксации достигнутой коррекции при консервативном  
лечении необходимо:

а/ длительное ношение фиксирующего съемного ортопедического корсета;

б/длительная фиксация гипсовым корсетом;

в/ спать в гипсовой кроватке;

г/ создать хороший мышечный корсет путем систематических занятий лечебной

физкультурой;

д/ периодически проводить курсы массажа мышц спины, живота.

7. При оперативном лечении сколиоза с применением  
металлоконструкций возможны специифические осложнения:

а/ нагноение раны;

б/кровотечение;

в/ металлоз;

г/ перелом дужек позвонков;

д/ неврологические осложнения.

**Задача № 2.**

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 позвоночников отклонена влево. На рентгенограмме, в положение стоя угол искривления позвоночного столба составляет по методу Фергюссона 70, в положение лежа угол равен 50.

1. Ваш диагноз?

2. План лечения.

**Задача № 3**

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 лапаток справа выше на 2 см. В положение наклона отчетливо определяется ассиметрия реберное выбухание справа и мышечный валик в поясничном отделе. На рентгенограмме по методу Фергюссону угол искривления 120 - 150, в положение лежа и стоя, с вершиной искривления (VIII-грудного позвонка).

1. Ваш диагноз с указанием степени?
2. План лечения.

**Задача № 4**

Врач-ортопед приглашён в родильный дом на консультацию к новорождённому по поводу врождённой деформации позвоночника. При осмотре заметен грудопоясничный сколиоз с деформацией грудной клетки и перекосом таза. На рентгенограмме — грудопоясничный 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.

**Задача №5**

У больной 5 лет С-образный грудной сколиоз. Справа формируется подлопаточный рёберный горб. На рентгенограмме выявлена односторонняя сколиотическая дуга в грудном отделе величиной 160o. 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.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Задача № 1**. (1-Г, 2-Г, 3-Г, Д. 4-Б,В,Г. 5-Б,В. 6-А,В,Г. 7-В,Г,Д)

**Задача № 2**.

Сколиоз I степени. Консервативное лечение (ношение корригирующего корсета), общее оздоровление ребенка, выработка индивидуально статико-динамического режима, ЛФК, массаж и т.д..

**Задача № 3.**

Сколиоз II степени. Диспансеризация, соблюдение ортопедического разгрузочного режима (спец. занятия, ношение ортопед, корсета, гипсовые кроватки 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 лечение.

**Задача № 4.**

Диагноз «Врождённый грудопоясничный 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 кроватку и продолжать корригирующие упражнения. С началом ходьбы назначают матерчатый корсет, ЛФК, массаж спины. Необходимо наблюдение ортопеда. Рентгеновские снимки делают строго по показаниям.

**Задача № 5.**

Диагноз «Врождённый С-образный грудной сколиоз». Лечение оперативное — резекция сращённого участка рёбер. После операции рекомендуют ЛФК, ношение корригирующего корсета, изготавливают гипсовую кроватку для сна. Необходимо наблюдение ортопеда.

**6. Перечень практических умений**

1) сбор анамнеза

1. проведение обследования опорно-двигательного аппарата новорожденного и ребенка старшего возраста
2. рентгенологическая диагностика сколиоза
3. логически обосновать диагноз
4. выбрать правильную лечебную тактику
5. провести реабилитацию детей, перенесших операцию по поводу сколиоза

**1.Тема: «Кривошея. Косолапость. Врожденная косолапость».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.строение стопы

2. особенности врожденной косолапости

3. степени и виды врожденной косолапости

4. клиника врожденной косолапости

5. дифференциальная диагностика

6. условия, показания и методика консервативного лечения

7. оперативное лечение, виды вмешательств

8. вопросы реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1 ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. порок первичной закладки
2. внутриутробная травма
3. родовая травма
4. дисплазия
5. внутриутробный полиомиелит

2. У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 12 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. на сухожилиях
2. на сухожильно-связочном аппарате в сочетании с резекцией ядра кубовидной кости или ее массы
3. на костях стопы
4. на костях стопы и голени
5. на приводящей мышце стопы и сухожилиях

3. ВРОЖДЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ КРИВОШЕЯ-ЭТО

1. врожденный порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2. врожденный порок развития шейного отдела позвоночника
3. врожденный порок развития подкожной мышцы
4. односторонний паралич грудино-ключично-сосцевидной мышцы
5. спастический гемипарез в результате родовой травмы

4. ФИКСАЦИЯ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОИЗВОДИТСЯ

1. торакокраниальной повязкой
2. пластмассовым головодержателем
3. ортопедическим чепчиком
4. гипсовым ошейником
5. воротничком типа Шанца

5. СРОК ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫМ ГОЛОВОДЕРЖАТЕЛЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

1. 1 месяц
2. 2-3 месяца
3. 4-5 месяцев
4. 6-8 месяцев
5. 10-12 месяцев

6. . ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ГОЛОВУ ФИКСИРУЮТ

1. воротник Шанца
2. гипсовый головодержатель
3. ортопедический чепчик
4. съемный гипсовый корсет
5. вытяжение на петле Глиссона

7. У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕ ЛЕЧЕННОЙ (ИЛИ НЕ ИЗЛЕЧЕННОЙ) ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

1. операцию Зацепина
2. трехсуставной артродез по Новаченко
3. серповидную резекцию по Куслику
4. применить компрессионно-дистракционную методику с адресным щадящим артродезом наиболее заинтересованных суставов стопы
5. операция не показана

8. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПРИ ХОДЬБЕ БОЛЬНОГО С КОСОЛАПОСТЬЮ

1. хромает
2. не хромает
3. ходит, переступая «нога за ногу»
4. наступает на внутренний край стопы
5. наступает на наружный край стопы

9. САМЫЙ РАННИЙ СИМПТОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

1. укорочение пораженной мышцы
2. неправильное положение головы
3. опухолевидное образование в нижней или средней части пораженной мышцы
4. ограничение движений в шейном отделе позвоночника
5. асимметрия лица

10. СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ПОЯВЛЯЮТСЯ

1. имеется при рождении
2. на второй-третьей неделе жизни
3. когда ребенок начинает держать головку
4. в возрасте 3-х месяцев
5. после полугода

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 1
2. 2
3. 3
4. 2
5. 1
6. 4
7. 5
8. 2
9. 5

10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

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.

Задания:

1.Поставьте диагноз?

2.Какое дополнительное исследование необходимо

сделать для правильной диагностики?

3.Назначьте лечение?

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Мальчик в возрасте 7 дней, вес при рождение 3500г. Из анамнеза: ребёнок родился в срок, в ягодичном предлежании, выписан из родильного дома в удовлетворительном состоянии. При осмотре врачом-педиатром при пальпации обнаружено опухолевидное образование 0,5×0,7см справа по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы, безболезненное, находящееся в толще мышцы, на границе н/3 и с/3, неспаянное с окружающими тканями.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2.Какое дополнительное исследование необходимо сделать для правильной диагностики?

3. Основной метод лечения?

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Меры профилактики осложнений?

**Задача №3**

Мать мальчика 3-х месяцев обратилась к хирургу с жалобами на характерное положение головы ребёнка: она выдвинута вперед, отмечается резкое ограничение движений как вправо, так и влево. Выраженный шейный лордоз, отмечается высокое стояние ключиц.

При пальпации грудино-ключично-сосцевидные мышцы, уплотнены, натянуты с обеих сторон.

На рентгенограмме шейного отдела позвоночника патологии не выявлено.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Какое дополнительное исследование необходимо

сделать для правильной диагностики?

3. План лечения?

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №4**

Новорождённый мальчик от 1 беременности. Роды протекали без осложнений. При осмотре выявлено: подошвенное сгибание правой стопы, опущение наружного края и приведение переднего отдела стопы. Вывести стопу в нормальное положение невозможно.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. План лечения?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Меры профилактики осложнений?

5.Каковы сроки диспансерного наблюдения за ребёнком с данной патологией?

**Задача №5**

У мальчика 4 лет при осмотре в детском саду врачом-ортопедом выявлено: укороченная шея, наличие кожных складок, натянутых в виде треугольных парусов от боковых поверхностей головы к надплечьям.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3.Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Реабилитационные мероприятия?

5.Каковы сроки диспансерного наблюдения за ребёнком с данной патологией?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Врождённая мышечная кривошея.

2. Дополнительно необходимо сделать УЗИ кивательной мышцы

3. Болезнь Клиппеля-Фейля, клиновидные шейные позвонки, шейные ребра, миозит кивательной мышцы, спастический паралич, вялый паралич, опухоли.

4. Учитывая возраст ребёнка, лечение оперативное – удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.

5. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции шеи, массаж.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Врождённая правосторонняя мышечная кривошея.

2. Дополнительно необходимо сделать УЗИ с допплерографией

кивательной мышцы

3. Показана консервативная терапия: воротничок Шанца, ЛФК, массаж, физиолечение.

4. Болезнь Клиппеля-Фейля, клиновидные шейные позвонки, шейные ребра, родовой травмой, спастический паралич, вялый паралич, опухоль кивательной мышцы, киста шеи.

5. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции шеи, массаж, ребенок наблюдается у ортопеда.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Двусторонняя мышечная кривошея.

2. Дополнительно необходимо сделать УЗИ с КТ.

3. Показано оперативное лечение: пластика с удлинением сосцевидной мышцы, в последующем – консервативная терапия.

4. Болезнь Клиппеля-Фейля, клиновидные шейные позвонки, шейные ребра, миозит кивательной мышцы, спастический паралич, вялый паралич, опухоль, киста шеи.

5. В раннем послеоперационном периоде с 10 – 12 назначают массаж. Со второй недели физиолечение. С 3 недели разрешают легкие активные движения головой. Эффективным способом решения задачи является лечебное плавание и общефизические упражнения, укрепляющие мышцы шеи. Все это проводится под строгим диспансерным наблюдением в течение 5 лет.

**К задаче №4:**

1.Диагноз: Врождённая косолапость справа. Рентген-снимок для исключения костной формы косолапости.

2. Консервативная терапия: этапные гипсовые сапожки, ЛФК, массаж, физиолечение.

3. ДЦП, плоско-вальгусная стопа, с родовой травмой.

4. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение

5. Все это проводится под строгим диспансерным наблюдением в течение 5 лет.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Крыловидная шея.

2. Хирургическое лечение методом перемещения встречных треугольников.

3. Шейные ребра, спастический паралич, вялый паралич.

4. Дополнительно необходимо сделать рентгеновские снимки шейного отдела позвоночника и внимательно обследовать ребенка так как это заболевания сочетается с другими пороками.

5. ЛФК, физиолечение, по снятии повязки начинается активный период разработки функции шеи, массаж, ребенок наблюдается у ортопеда на диспансерном учете. Прогноз для жизни при отсутствии больших дополнительных пороков развития благоприятный.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование больного
3. Особенности ранней диагностики мышечной кривошеи и косолапости
4. Рентгенологическая диагностика мышечной кривошеи и косолапости
5. Методы консервативного лечения мышечной кривошеи и косолапости
6. Способы наложения (воротничок Шанса, гипсовый сапожок)
7. Присутствие на операции.
8. Формулировка диагноза

**1.Тема: «Кривошея. Косолапость. Мышечная кривошея».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. строение мышц шеи

2. особенности мышечной кривошеи

3.степени и виды мышечной кривошеи,

4.клиника мышечной кривошеи

5.клиническая диагностика, рентгенологическая

6.дифференциальная диагностика

7.условия, показания и методика консервативного лечения

8.оперативное лечение, виды вмешательств

9.осложнения, их коррекция

10.вопросы реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВРОЖДЕННУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

а) к миогенной деформации

б) к десмогенной деформации

в) к неврогенной деформации

г) к дермо-десмогенной деформации

д) к костной деформации

2. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

а) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

б) травма при родах

в) неправильное положение плода

г) воспалительный процесс

д) ишемия сердца

3. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

а) в первые 3-5 дней после рождения

б) на 10-14 день после родов

в) в месячном возрасте

г) в 3-месячном возрасте

д) клинические симптомы не выражены до года

4. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

а) с момента рождения

б) с 2-недельного возраста

в) с 2-5 месяцев

г) с 0.5-1 года

д) после 1 года

5. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО

а) до 5 месяцев

б) до 1 года

в) до 2 лет

г) до 3 лет

д) в 3-4 года

6. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) нарастающая асимметрия лица и шеи

б) нарушение осанки

в) нарушение остроты зрения

г) стробизм сходящийся и расходящийся

д) нарушения осанки и зрения

7. ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ КЛИПЕЛЬ-ФЕЙЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

а) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек

б) наличие шейных ребер

в) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии

г) острая мышечная кривошея

д) крыловидная шея

8. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) родовая травма

б) дисплазия

в) порок первичной закладки

г) неправильное родовспоможение

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) костная

б) мышечная

в) рефлекторная

г) воспалительная

10. ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ

а) подбородок отклонен влево

б) подбородок отклонен вправо

в) подбородок расположен по средней линии туловища

г) не отклонен

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. Ответ: а

2. Ответ: а

3. Ответ: а

4. Ответ: а

5. Ответ: д

6. Ответ: а

7. Ответ: а

8. Ответ: в

9. Ответ: б

10. Ответ: б

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1.**

При осмотре ребенка на дому врач педиатр обратил внимание на припухлость шеи слева. Из анамнеза: девочка в возрасте 17 дней, родилась от первой беременности, роды в срок в головном предлежании. Выписана на 6-е сутки домой в хорошем состоянии.

При осмотре: ребенок активен общее состояние не нарушено, головку не держит. При пальпации в области шеи слева над ключицей в средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяется опухолевидное образование овальной формы 1,5 см. плотной консистенции, с кожей не спаянное, подвижное. Безболезненное.

1.Поставьте диагноз?

А/лимфаденит.

Б/левосторонняя мышечная кривошея

В/врожденная киста шеи.

Г/миозит.

2.Какое показано лечение?

А/корригирующая гимнастика.

Б/лучевая терапия.

В/фиксация головы воротничком шанца.

Г/фиксация головы гипсовым головодержателем.

Д/вытяжение на петле Глиссона.

3.Какое дополнительное исследование помогает диагностике?

А/сцинтиграфия.

Б/рентгенография.

В/электромиография.

Г/иммунограмма.

4.Какая операция применяется при данном заболевании?

А/Операция Штурма.

Б/Операция Микулича.

В/Операция Зацепина.

5.Как фиксируют голову после операции?

А/шиной Волкова.

Б/гипсовым головодержателем.

В/подушкой Фрейка.

Д/гипсовой кроваткой.

6.Какие возможны характерные осложнения после операции?

А/Контрактура шейного отдела позвоночника.

Б/Парез трацепевидной мышцы.

В/Рецидив деформации кривошеи.

Г/Жировая эмболия.

**Задача №2**.

На поликлинический прием к педиатру мать принесла ребенка. Девочка 1-го месяца, родилась от 2-й беременности, вторых родов. В первой половине беременности отмечался токсикоз. Роды в срок, в головном предлежании. Вес при рождении 3700. Закричала сразу, грудь взяла сразу. Пуповина отпала на 4-й день. Выписана на 6-е сутки домой в хорошем состоянии. Дома через две недели мать заметила у ребенка припухлость шеи справа и поэтому обратилась к врачу. При осмотре: ребенок активен, общее состояние не нарушено, головку еще не держит. В области шеи справа над ключицей припухлость, кожа не изменена. Пальпаторно в средней трети правой грудино-ключично-сосковой мышцы определяется овальной формы опухолевидное образование 1,5 на 2 см., плотноэластической консистенции, с кожей не спаянное, подвижное. На пальпацию ребенок реагирует слабо.

1. О каком заболевании молено думать?

а/ шейный лимфаденит;

б/ боковая киста шеи;

в/ правосторонняя врожденная мышечная кривошея;

г/ крыловидная шея;

д/ фиброма шеи.

2. Какое дополнительное исследование помогает диагностике?  
а/ анализ крови;

б/ пункция опухолевидного образования;

в/ рентгенография шейного отдела позвоночника;

г/ электро-мио-графия;

д/ определение электровозбудимости мышц шеи.

3. При установлении диагноза в данном возрасте какое показано  
лечение?

а/ массаж мышц шеи;

б/ корригирующая гимнастика;

в/ помещение игрушек, источника света со здоровой стороны;

г/ после корригирующей гимнастики фиксация головы пластмассовым

головодержателем;

д/ фиксация головы после гимнастики воротничком Шанца или ортопедическим

чепчиком.

4. Какие симптомы характеризуют данное заболевание у детей  
после года?

а/ характерное положение головы с наклоном в здоровую сторону и поворотом

в больную;

б/ характерное положение головы с наклоном в больную сторону и поворотом в

здоровую;

в/ асимметрия лица и черепа;

г/ сколиоз в шейном и грудном отделе;

д/ болезненность при движении в шейном отделе позвоночника.

1. Какая операция чаще всего применяется при данном заболевании?

а/ операция Зацепина;

б/ пластическое удлинение пораженной мышцы;

в/ укорочение грудиноключичнососковой мышцы со здоровой стороны;

г/ операция Микулича;

д/ рассечение грудиноключичнососковой мышцы больной стороны под

сосцевидным отростком.

6. Какие характерные осложнения возможны после операции?

а/ нагноение раны;

б/ гематома;

в/ воздушная эмболия;

г/ ранний рецидив деформации из-за технических погрешностей операции;

д/ некроз кожного лоскута.

7. Как фиксируют голову непосредственно после операции?

а/ воротничком Шанца;

б/ вытяжением на петле Глиссона;

в/ съемным головодержателем;

г/ гипсовым корсетом;

д/ гипсовым головодержателем.

**Задача № 3**

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.

**Задача № 4**

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.

**Задача № 5**

Мальчик в возрасте 7 дней вес при рождение 3500г. Из анамнеза: ребенок родился в срок в ягодичном предлежание, выписан из родильного дома в удовлетворительном состояние. При осмотре врачом педиатром при пальпации обнаружено опухолевидное образование 0,5 х 0,7см справа по ходу грудино-ключично сосцевидной мышцы, безболезненное, находящее в толще мышцы, на границе н/3 и с/3, не спаеное с прилежащими тканями.

Ваш диагноз?

Основной метод лечения?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Задача № 1** (1-Б, 2-А,В, 3-В, 4- В, 5- Б, 6-В)

**Задача № 2** (1-В, 2-В, 3-А,Б, 4-Б,В,Г, 5-Г, 6-В,Г, 7-Д)

**Задача № 3**

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 № 4**

Диагноз «Врождённая мышечная кривошея». Учитывая возраст ребёнка, лечение оперативное — удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.

**Задача № 5**

Врожденная правосторонняя мышечная кривошея. Показана консервативная терапия, воротничок Шанца, ЛФК, массаж, физиолечение.

**6. Перечень практических умений:**

1.Сбор анамнеза

2.Обследование больного

3.Особенности ранней диагностики мышечной кривошеи и косолапости

4.Рентгенологическая диагностика

5.Основные методы консервативного лечения мышечной кривошеи и косолапости

6.Способы наложения (воротничок Шанса, гипсовый сапожок)

7.Присутствие на операции.

8.Формулировка диагноза

**1.Тема: «Дисплазия костной ткани. Фиброзные остеодистрофии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности строения скелета

2.особенности дисплазий скелета

3. степени, стадии, формы дисплазий скелета и их локализация

4. клиника дисплазий скелета

5.клиническая и рентгенологическая диагностика

6.дифференциальная диагностика

7.условия, показания и методика консервативного лечения

8.оперативное лечение, виды вмешательств

9.осложнения, и их коррекция

10.вопросы реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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
3. Хингельрейнером
4. Омбреданом
5. Путти

3. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) ампутация

2) околосуставная 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 тазабедренном 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)
4. взрослый
5. подростковый и взрослый

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ОТНОСИТСЯ

1. формирование coxa vara
2. шеечно-эпифизарный угол (до 15 градусов)
3. увеличение угла вертикального наклонения (до 10 градусов)
4. увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)
5. формирование cиностоза

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 заданием по теме**

1. 4
2. 1
3. 1
4. 5
5. 1
6. 3
7. 5
8. 4
9. 1
10. 1

**5.Ситуационные задачи по теме**

**Задача № 1.**

При плановом осмотре в поликлинике ребёнка в возрасте 2 месяцев на предмет выявления ортопедической патологии врач-ортопед обнаружил симптом ограничения отведения бедра, отмечалась наружная ротация обоих бёдер, также отмечалась асиммерия бедренных складок. С целью уточнения диагноза выполнена рентгенография тазобедренных суставов. Данные рентгенограммы: у ребёнка ацетабулярный индекс справа 30○, слева 45○. Расстояние d справа 1,5 см, слева 2,6 см, высота h справа 1,1 см, слева 0,3 см.

Задания:

1. Какой диагноз поставил врач?

2. Какая схема использовалась в рентгенодиагностике?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Лечение ребенка с данной патологией.

5. Меры профилактики?

# Задача № 2.

В клинику обратился мальчик 14 лет с жалобами на потерю функций кистей рук. При осмотре: пальцы рук шаровидно утолщены, практически неподвижны, пальпация болезненна.

На рентгенограмме кистей видно вздутие пястных костей, особенно фаланг пальцев (кроме концевых), неправильной формы, по размерам в 2–3 раза превышающее диаметр здоровой кости. Внутри вздутых полостей — вкрапления извести.

Задание:

1. Каков ваш диагноз?

2. План лечения?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Прогноз.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача№ 3**

В роддоме родился мальчик от первой беременности на 38-й неделе массой 3200 гр., роды протекали стремительно.

При осмотре педиатром выявлено: на правой кисти IV-V пальцы соединены между собой кожной складкой до середины фаланги.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Тактика и план лечения?

3. Какие дополнительные методы исследования?

4. План диспансеризации.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача № 4**

Вас вызвали в роддом на консультацию. Родился мальчик от первой беременности, вес при рождении 2000гр.

При осмотре отмечается отсутствие 3-4 пальцев. При пальпации выявлено отсутствие соответствующих пястных костей на левой кисти.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Какие дополнительные методы исследования?

4. План диспансеризации.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача № 5**

В роддоме родилась девочка от 2-й беременности, последняя протекала с осложнением (токсикоз I-II половины).

При осмотре врачом-неонатологом отмечена лёгкость сближения обоих плеч на всем их протяжении.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Реабилитационные мероприятия?

5. Профилактика заболевания?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**ЗАДАЧА № 1**

1.Диагноз: Левосторонняя дисплазия тазобедренного сустава третьей степени (вывих бедра).

2. Схема Хильгенрейнера.

3. Coxa vara, ДЦП, родовой эпифизиолиз, эпифизарный остеомиелит, поталогический вывих, контрактура тазобедренного сустава, болезнь Пертеса.

4. Консервативное лечение по Лоренцу, при отсутствии положительного эффекта оперативное лечение.

5. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение (основные принципы которого заключаются: а) обеспечивается постепенное ненасильственное сопоставление головки бедра и вертлужной впадины. б) сохранять подвижность во всех суставах нижней конечностей. в) исключатся действие неблагоприятных моментов действующих на нормальное развитие суставов.

**ЗАДАЧА № 2**

1. Дисхондроплазия (болезнь Оллье).

2. Лечение больных с дисхондроплазией в основном хирургическое и заключается в удалении очагов эмбриональной хрящевой ткани, остеотомии сегментов конечности для исправления оси ее и коррекции укорочения.

3. Следует дифференцировать с фиброзной дисплазией, которая, локализуясь в сегментах нижней конечности, дает характерные деформации ("пастушья палка" - деформация бедра в верхней трети, саблевидная деформация голени), болезненность пораженных сегментов, чего нет при дисхондроплазии, при отсутствии характерного для дисхондроплазии укорочения конечности и локализации очагов в костях стопы.

4. Прогноз для жизни при дисхондроплазии у детей благоприятный, однако, в отношении сохранения функции конечности ставится с осторожностью особенно в запущенных случаях.

5. Ортопед или детский хирург – осматривает 1 раз в 6 мес при отсутствии прогрессирования. При прогрессировании процесса 1 раз в три месяца. Наблюдение до завершения роста. ЛФК, массаж

**ЗАДАЧА № 3**

1. Диагноз: Синдактилия, кожная форма.

2. Лечение оперативное. С последующей коррекцией и разработка суставов кисти.

3. Рентгенография, КТ,УЗИ.

4. Ортопед или детский хирург – осматривает 1 раз в 1 мес при отсутствии прогрессирования. В последующем 3 года раз в 6 мес

5. ЛФК, массаж, физиолечение, разработка сустава пальцев.

**ЗАДАЧА № 4**

1. Диагноз: Клещевидная рука.

2. Лечение консервативное при наличии сгибательных контрактур (лечебная гимнастика, массаж, трудотерапия), с помощью гипсовых повязок производят постепенное устранение контрактур.

3. Рентгенография, КТ, УЗИ.

4. Диспансерное наблюдение: (обязательный осмотр ортопеда в 1й год – раз в три месяца, во 2й год – раз в полгода, последующие осмотры – раз в год).

5. ЛФК, массаж, физиолечение, водные процедуры.

Задача № 5

1. Диагноз: Отсутствие ключиц.

2. Лечение консервативное с последующей возможной хирургической коррекцией.

3. Перелом плечевой кости, вывих плеча, перелом ключицы.

4. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции суставов: укладка кисти в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

5. Группа риска родителей, страдающих алкоголизмом, сифилисом, психическими болезнями, тяжелыми нарушениями общего обмена веществ, гормональными расстройствами.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование опорно-двигательного аппарата больного
3. Измерение абсолютной и относительной длины конечности
4. Рентгенологическая диагностика
5. Определение объема физиологической, пассивной, активной, общей подвижности в суставах
6. Присутствие на операции
7. Формулировка диагноза

**1.Тема: «Дисплазия костной ткани (диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация)».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности строения скелета

2.Этиология болезни Педжета

3. Патогенез болезни Педжета

4. Клиническая картина болезни Педжета

5.Диагностика болезни Педжета

6.Дифференциальная диагностика

7. Показания и методика консервативного лечения

8.Оперативное лечение, виды вмешательств

9.Осложнения, и их коррекция

10.Вопросы реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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

3. Хингельрейнером

4. Омбреданом

5. Путти

3. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) ампутация

2) околосуставная 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 тазабедренном 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)

4. взрослый

5. подростковый и взрослый

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ОТНОСИТСЯ

1. формирование coxa vara

2. шеечно-эпифизарный угол (до 15 градусов)

3. увеличение угла вертикального наклонения (до 10 градусов)

4. увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)

5. формирование cиностоза

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 заданием по теме**

1. 4

2. 1

3. 1

4. 5

5. 1

6. 3

7. 5

8. 4

9. 1

10. 1

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1.**

При плановом осмотре в поликлинике ребёнка в возрасте 2 месяцев на предмет выявления ортопедической патологии врач-ортопед обнаружил симптом ограничения отведения бедра, отмечалась наружная ротация обоих бёдер, также отмечалась асиммерия бедренных складок. С целью уточнения диагноза выполнена рентгенография тазобедренных суставов. Данные рентгенограммы: у ребёнка ацетабулярный индекс справа 30○, слева 45○. Расстояние d справа 1,5 см, слева 2,6 см, высота h справа 1,1 см, слева 0,3 см.

Задания:

1. Какой диагноз поставил врач?

2. Какая схема использовалась в рентгенодиагностике?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Лечение ребенка с данной патологией.

5. Меры профилактики?

# Задача № 2.

В клинику обратился мальчик 14 лет с жалобами на потерю функций кистей рук. При осмотре: пальцы рук шаровидно утолщены, практически неподвижны, пальпация болезненна.

На рентгенограмме кистей видно вздутие пястных костей, особенно фаланг пальцев (кроме концевых), неправильной формы, по размерам в 2–3 раза превышающее диаметр здоровой кости. Внутри вздутых полостей — вкрапления извести.

Задание:

1. Каков ваш диагноз?

2. План лечения?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Прогноз.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача№ 3**

В роддоме родился мальчик от первой беременности на 38-й неделе массой 3200 гр., роды протекали стремительно.

При осмотре педиатром выявлено: на правой кисти IV-V пальцы соединены между собой кожной складкой до середины фаланги.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Тактика и план лечения?

3. Какие дополнительные методы исследования?

4. План диспансеризации.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача № 4**

Вас вызвали в роддом на консультацию. Родился мальчик от первой беременности, вес при рождении 2000гр.

При осмотре отмечается отсутствие 3-4 пальцев. При пальпации выявлено отсутствие соответствующих пястных костей на левой кисти.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Какие дополнительные методы исследования?

4. План диспансеризации.

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача № 5**

В роддоме родилась девочка от 2-й беременности, последняя протекала с осложнением (токсикоз I-II половины).

При осмотре врачом-неонатологом отмечена лёгкость сближения обоих плеч на всем их протяжении.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Реабилитационные мероприятия?

5. Профилактика заболевания?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**ЗАДАЧА № 1**

1.Диагноз: Левосторонняя дисплазия тазобедренного сустава третьей степени (вывих бедра).

2. Схема Хильгенрейнера.

3. Coxa vara, ДЦП, родовой эпифизиолиз, эпифизарный остеомиелит, поталогический вывих, контрактура тазобедренного сустава, болезнь Пертеса.

4. Консервативное лечение по Лоренцу, при отсутствии положительного эффекта оперативное лечение.

5. Работа с группой риска:

• дети, рожденные от очень молодых или старых родителей;

• дети с родовой травмой;

• дети, рожденные в ягодичном предлежании;

• дети с отягощенной наследственностью;

• дети, родители которых злоупотребляют алкоголем или подвергались воздействию вредных веществ.

Своевременно направить больного к врачу ортопеду с постановкой на учет, проводить консервативное лечение (основные принципы которого заключаются: а) обеспечивается постепенное ненасильственное сопоставление головки бедра и вертлужной впадины. б) сохранять подвижность во всех суставах нижней конечностей. в) исключатся действие неблагоприятных моментов действующих на нормальное развитие суставов.

**ЗАДАЧА № 2**

1. Дисхондроплазия (болезнь Оллье).

2. Лечение больных с дисхондроплазией в основном хирургическое и заключается в удалении очагов эмбриональной хрящевой ткани, остеотомии сегментов конечности для исправления оси ее и коррекции укорочения.

3. Следует дифференцировать с фиброзной дисплазией, которая, локализуясь в сегментах нижней конечности, дает характерные деформации ("пастушья палка" - деформация бедра в верхней трети, саблевидная деформация голени), болезненность пораженных сегментов, чего нет при дисхондроплазии, при отсутствии характерного для дисхондроплазии укорочения конечности и локализации очагов в костях стопы.

4. Прогноз для жизни при дисхондроплазии у детей благоприятный, однако, в отношении сохранения функции конечности ставится с осторожностью особенно в запущенных случаях.

5. Ортопед или детский хирург – осматривает 1 раз в 6 мес при отсутствии прогрессирования. При прогрессировании процесса 1 раз в три месяца. Наблюдение до завершения роста. ЛФК, массаж

**ЗАДАЧА № 3**

1. Диагноз: Синдактилия, кожная форма.

2. Лечение оперативное. С последующей коррекцией и разработка суставов кисти.

3. Рентгенография, КТ,УЗИ.

4. Ортопед или детский хирург – осматривает 1 раз в 1 мес при отсутствии прогрессирования. В последующем 3 года раз в 6 мес

5. ЛФК, массаж, физиолечение, разработка сустава пальцев.

**ЗАДАЧА № 4**

1. Диагноз: Клещевидная рука.

2. Лечение консервативное при наличии сгибательных контрактур (лечебная гимнастика, массаж, трудотерапия), с помощью гипсовых повязок производят постепенное устранение контрактур.

3. Рентгенография, КТ, УЗИ.

4. Диспансерное наблюдение: (обязательный осмотр ортопеда в 1й год – раз в три месяца, во 2й год – раз в полгода, последующие осмотры – раз в год).

5. ЛФК, массаж, физиолечение, водные процедуры.

Задача № 5

1. Диагноз: Отсутствие ключиц.

2. Лечение консервативное с последующей возможной хирургической коррекцией.

3. Перелом плечевой кости, вывих плеча, перелом ключицы.

4. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции суставов: укладка кисти в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения; назначается массаж.

5. Группа риска родителей, страдающих алкоголизмом, сифилисом, психическими болезнями, тяжелыми нарушениями общего обмена веществ, гормональными расстройствами.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза

2. Обследование опорно-двигательного аппарата больного

3. Измерение абсолютной и относительной длины конечности

4. Рентгенологическая диагностика

5. Определение объема физиологической, пассивной, активной, общей подвижности в суставах

6. Присутствие на операции

7. Формулировка диагноза

**1.Тема: «Остеохондропатии Определение. Этиология. Стадии заболевания».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Анатомо-физиологические особенности строения скелета

2. особенности остехондропатий и дисплазий скелета

3. степени, стадии, формы остехондропатий и дисплазий скелета и их локализация

4. клиника остехондропатий и дисплазий скелета

5. Стадии заболевания

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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. ПРИ АХОНДРОПЛАЗИЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ:

1) трубчатые кости

2) плоские кости

3) фаланги пальцев

4) правильно все

5) все неверно

3. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

* + 1. ампутация
    2. околосуставная резекция
    3. скелетное вытяжение
    4. выскабливание
    5. сегментарная резекция поднадкостничная

4. ИЗ ВСЕХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ АХОНДРОПЛАЗИЯХ НАИБОЛЕЕ МЕНЕЕ ИЗМЕНЕНЫ:

1. таз

* 1. ребра
  2. ключицы
  3. позвоночник
  4. основание черепа

5. ФИБРОЗНАЯ ОСТЕДИСПЛАЗИЯ ОТНОСИТСЯ:

* + 1. к хондродисплазиям
    2. к остеодисплазиям
    3. к гиперостозу
    4. к костному эозинофилезу
    5. все верно

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)
4. взрослый
5. подростковый и взрослый

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ОТНОСИТСЯ

1. формирование coxa vara
2. шеечно-эпифизарный угол (до 15 градусов)
3. увеличение угла вертикального наклонения (до 10 градусов)
4. увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)
5. формирование cиностоза

10. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ИМЕЕТ В ОСНОВЕ:

1. нарушение сосудистой трофики
2. нарушение нервной трофики
3. неправильное незавершенное формирование органа или системы
4. все правильно

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 4
2. 1
3. 1
4. 5
5. 1
6. 3
7. 5
8. 4
9. 1
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Родители мальчика 7 лет обратились к врачу с жалобами на усталость у него и болезненность в тазобедренном суставе, усиливающуюся к вечеру. Ночью боль стихает. Из анамнеза – травм не было.

Объективно: перемежающаяся хромота, ограничение отведения и внутренней ротации правого бедра, относительное укорочение бедра на 1,5 см.

На рентгенограмме: эпифиз уплощён, шейка укорочена и расширена, суставная щель увеличена. Анализ крови общий и биохимический – без особенностей.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Рентгенологическая стадия заболевания?

3.Какое лечение показано для данной стадии заболевания?

4.Показания к хирургическому лечению?

5.Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Мальчик 9 лет обратился в поликлинику с жалобами на опухолевидное образование в области левого коленного сустава. Располагается оно по внутренней поверхности большеберцовой кости в метафизарной зоне.

На рентгенограмме в метафизарной зоне – дефект надкостницы до 2 см и холмовидный нарост, с располагающимися по окружности отложениями извести.

Лабораторные исследования крови, мочи как клинические, так и биохимические, не дают отклонений от нормы. Данное образование не беспокоит, а лишь создаёт косметический дефект.

Задания:

1. Какой диагноз поставите?

2. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести?

3. Какое лечение показано по установлении правильного диагноза?

4. Возможные осложнения без оперативного лечения?

5. Профилактика заболевания?

**Задача №3**

У мальчика 8 лет родители заметили изменение походки (стал слегка прихрамывать на левую ногу). Самочувствие оставалось хорошим. Сон и аппетит не нарушены. Температура тела не повышалась. При осмотре выявлены следующие изменения. Длина ног одинаковая, левая конечность больше правой на 1,5 см, ограничено и болезненно отведение бедра, болезненна ротация в тазобедренном суставе. Признаков воспаления мягких тканей в области сустава нет.

Дополнительно выполнены общий анализ крови и рентгенография тазобедренных суставов. Изменений со стороны крови нет, на рентгенограмме головка левой бедренной кости сплющена, грибовидной формы, структура уплотнена, суставная щель расширена.

Задания:

1.Сделайте заключение о заболевании,

2. Укажите стадию болезни.

3. Назначьте лечение.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Профилактика заболевания?

**Задача №4**

Мальчик 12 лет жалуется на боли ниже надколенника, возникающие после бега, игры в футбол. При пальпации определяется припухлость в области бугристости большеберцовых костей, плотная на ощупь, безболезненная. Появившаяся «шишка» в покое не беспокоит.

Задания:

1. Каков ваш диагноз

2. Дальнейшая тактика?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №5**

Девочка 15 лет, имеющая I разряд по гимнастке, пришла на консультацию со своим тренером, заметившим, что девочка в последнее время стала сутулиться, спина стала более круглой и полностью не исправляется в обычной стойке. Быстро устаёт, а после интенсивной тренировки в дополнение к усталости появляются боли в грудном отделе позвоночника. Результаты осмотра: гиперкифоз грудного отдела позвоночника.

На рентгенограмме выявлено снижение высоты тел грудных позвонков в передних отделах с IV по VIII.

Задания:

1. Каков диагноз.

2. Лечение?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Профилактика заболевания?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Болезнь Легг-Кальве-Пертеса.
2. Стадия импрессионного перелома.
3. Фиксация бёдер туторами с внутренней ротацией и умеренным отведением.
4. Остеопороз.
5. Направлено на предупреждение импрессии головки, что достигается длительным (от 1 до 3 лет) вытяжением, иммобилизацией гипсовой повязкой, назначением разгрузочных аппаратов типа Томаса. Изо всех видов иммобилизации предпочтительнее легкое вытяжение, т.к. при нем возможно проведение физиотерапии: диатермии, ингальванизации, суховоздушных, рапных и соленых ванн, УФЛ, массажа и гимнастики. Все это должно проводиться на фоне общеукрепляющего лечения, витаминотерапии и рационального питания. Естественно, что лучшие результаты лечения можно получить при длительном пребывании ребенка в санатории.

**К задаче №2:**

1. Экзостоз.
2. Биопсию (гистологию).
3. Оперативное лечение.
4. Злокачественное перерождение образования, трофические расстройства конечности.
5. Систематические профилактические осмотры и раннее лечение.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Остеохондропатия головки левой бедренной кости (болезнь Легг–Кальве–Пертеса).

2. Стадия импрессионного перелома. Рентгенологические изменения соответствуют стадии ложного склероза.

3. Лечение – общее: витаминотерапия, покой.

4. Остеомиелит, юношеский эпифизиолиз, ВВБ, туберкулез, доброкачественные и злокачественные образования головки бедра.

5. Исходя из взгляда на асептические некрозы, как на заболевание, характеризующееся многообразием этиологических моментов, к профилактике остеохондропатии надо отнести: общее укрепление организма, борьбу с заболеваниями и состояниями, снижающими устойчивость опорно-двигательного аппарата к внешним воздействиям (рахит, дистрофии, малокровии, дисплазия тазобедренного сустава, переутомление и др.). К профилактике же надо отнести исключение длитбельно действующих микротравм, а также нагрузок, не соответствующих функциональным возможностям организма, правильную организацию санитарно-гигиенического режима, правильные рекомендации занятий спортом, физкультурой, правильный совет в выборе профессии, а также устранение факторов, нарушающих нервную трофику и питание кости.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Болезнь Осгуд–Шлаттера.

2. В дальнейшем необходимы: для уточнения диагноза, освобождение от занятий физкультурой, физиопроцедуры (тепло, электрофорез прокаина (Са, Р) на область бугристости большеберцовой кости).

3. Рентгенография, КТ, сцинтиграфия.

4. При упорных болях иногда прибегают к иссечению апофиза бугристости большеберцовой кости и при асептическом некрозе его.

5. Реабилитация направлена на предупреждение импрессии головки, что достигается длительным (от 1 до 3 лет) вытяжением, иммобилизацией гипсовой повязкой, назначением разгрузочных аппаратов типа Томаса. Изо всех видов иммобилизации предпочтительнее легкое вытяжение, т.к. при нем возможно проведение физиотерапии.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Болезнь Шойермана–Мау.

2. Лечение – консервативное, исключить физическую нагрузку на позвоночник.

3. Рентгенография, КТ, сцинтиграфия.

4. Хирургическое лечение применяют редких случаях тяжелых фиксированы кифозов (клиновидную резекцию или остеотомию позвоночника.

5. Общее укрепление организма, борьбу с заболеваниями и состояниями, снижающими устойчивость опорно-двигательного аппарата к внешним воздействиям (рахит, дистрофии, малокровии, дисплазия тазобедренного сустава, переутомление и др.). К профилактике же надо отнести исключение длительно действующих микротравм, а также нагрузок, не соответствующих функциональным возможностям организма.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Обследование опорно-двигательного аппарата больного
3. Измерение абсолютной и относительной длины конечности
4. Рентгенологическая диагностика
5. Определение объема физиологической, пассивной, активной, общей подвижности в суставах
6. Присутствие на операции
7. Формулировка диагноза

**1.Тема: «Остеохондропатии. Остеохондропатии тел позвонков и апофиза тел позвонков».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Этиология остеохондропатий позвоночника

2. Патогенез остеохондропатий позвоночника

3. Клиническая картина

4. Диагностика

5. Дифференциальная диагностика

6. Методы лечения

7. Профилактика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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. ПРИ АХОНДРОПЛАЗИЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ:

1) трубчатые кости

2) плоские кости

3) фаланги пальцев

4) правильно все

5) все неверно

3. ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. ампутация

2. околосуставная резекция

3. скелетное вытяжение

4. выскабливание

5. сегментарная резекция поднадкостничная

4. ИЗ ВСЕХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ АХОНДРОПЛАЗИЯХ НАИБОЛЕЕ МЕНЕЕ ИЗМЕНЕНЫ:

1. таз

2. ребра

3. ключицы

4. позвоночник

5. основание черепа

5. ФИБРОЗНАЯ ОСТЕДИСПЛАЗИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. к хондродисплазиям

2. к остеодисплазиям

3. к гиперостозу

4. к костному эозинофилезу

5. все верно

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)

4. взрослый

5. подростковый и взрослый

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ОТНОСИТСЯ

1. формирование coxa vara

2. шеечно-эпифизарный угол (до 15 градусов)

3. увеличение угла вертикального наклонения (до 10 градусов)

4. увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)

5. формирование cиностоза

10. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ИМЕЕТ В ОСНОВЕ:

1. нарушение сосудистой трофики

2. нарушение нервной трофики

3. неправильное незавершенное формирование органа или системы

4. все правильно

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 4

2. 1

3. 1

4. 5

5. 1

6. 3

7. 5

8. 4

9. 1

10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Родители мальчика 7 лет обратились к врачу с жалобами на усталость у него и болезненность в тазобедренном суставе, усиливающуюся к вечеру. Ночью боль стихает. Из анамнеза – травм не было.

Объективно: перемежающаяся хромота, ограничение отведения и внутренней ротации правого бедра, относительное укорочение бедра на 1,5 см.

На рентгенограмме: эпифиз уплощён, шейка укорочена и расширена, суставная щель увеличена. Анализ крови общий и биохимический – без особенностей.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Рентгенологическая стадия заболевания?

3.Какое лечение показано для данной стадии заболевания?

4.Показания к хирургическому лечению?

5.Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Мальчик 9 лет обратился в поликлинику с жалобами на опухолевидное образование в области левого коленного сустава. Располагается оно по внутренней поверхности большеберцовой кости в метафизарной зоне.

На рентгенограмме в метафизарной зоне – дефект надкостницы до 2 см и холмовидный нарост, с располагающимися по окружности отложениями извести.

Лабораторные исследования крови, мочи как клинические, так и биохимические, не дают отклонений от нормы. Данное образование не беспокоит, а лишь создаёт косметический дефект.

Задания:

1. Какой диагноз поставите?

2. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести?

3. Какое лечение показано по установлении правильного диагноза?

4. Возможные осложнения без оперативного лечения?

5. Профилактика заболевания?

**Задача №3**

У мальчика 8 лет родители заметили изменение походки (стал слегка прихрамывать на левую ногу). Самочувствие оставалось хорошим. Сон и аппетит не нарушены. Температура тела не повышалась. При осмотре выявлены следующие изменения. Длина ног одинаковая, левая конечность больше правой на 1,5 см, ограничено и болезненно отведение бедра, болезненна ротация в тазобедренном суставе. Признаков воспаления мягких тканей в области сустава нет.

Дополнительно выполнены общий анализ крови и рентгенография тазобедренных суставов. Изменений со стороны крови нет, на рентгенограмме головка левой бедренной кости сплющена, грибовидной формы, структура уплотнена, суставная щель расширена.

Задания:

1.Сделайте заключение о заболевании,

2. Укажите стадию болезни.

3. Назначьте лечение.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Профилактика заболевания?

**Задача №4**

Мальчик 12 лет жалуется на боли ниже надколенника, возникающие после бега, игры в футбол. При пальпации определяется припухлость в области бугристости большеберцовых костей, плотная на ощупь, безболезненная. Появившаяся «шишка» в покое не беспокоит.

Задания:

1. Каков ваш диагноз

2. Дальнейшая тактика?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №5**

Девочка 15 лет, имеющая I разряд по гимнастке, пришла на консультацию со своим тренером, заметившим, что девочка в последнее время стала сутулиться, спина стала более круглой и полностью не исправляется в обычной стойке. Быстро устаёт, а после интенсивной тренировки в дополнение к усталости появляются боли в грудном отделе позвоночника. Результаты осмотра: гиперкифоз грудного отдела позвоночника.

На рентгенограмме выявлено снижение высоты тел грудных позвонков в передних отделах с IV по VIII.

Задания:

1. Каков диагноз.

2. Лечение?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Профилактика заболевания?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Болезнь Легг-Кальве-Пертеса.

2. Стадия импрессионного перелома.

3. Фиксация бёдер туторами с внутренней ротацией и умеренным отведением.

4. Остеопороз.

5. Направлено на предупреждение импрессии головки, что достигается

длительным (от 1 до 3 лет) вытяжением, иммобилизацией гипсовой повязкой, назначением разгрузочных аппаратов типа Томаса. Изо всех видов иммобилизации предпочтительнее легкое вытяжение, т.к. при нем возможно проведение физиотерапии: диатермии, ингальванизации, суховоздушных, рапных и соленых ванн, УФЛ, массажа и гимнастики. Все это должно проводиться на фоне общеукрепляющего лечения, витаминотерапии и рационального питания. Естественно, что лучшие результаты лечения можно получить при длительном пребывании ребенка в санатории.

**К задаче №2:**

1. Экзостоз.

2. Биопсию (гистологию).

3. Оперативное лечение.

4. Злокачественное перерождение образования, трофические расстройства конечности.

5. Систематические профилактические осмотры и раннее лечение.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Остеохондропатия головки левой бедренной кости (болезнь Легг–Кальве–Пертеса).

2. Стадия импрессионного перелома. Рентгенологические изменения соответствуют стадии ложного склероза.

3. Лечение – общее: витаминотерапия, покой.

4. Остеомиелит, юношеский эпифизиолиз, ВВБ, туберкулез, доброкачественные и злокачественные образования головки бедра.

5. Исходя из взгляда на асептические некрозы, как на заболевание, характеризующееся многообразием этиологических моментов, к профилактике остеохондропатии надо отнести: общее укрепление организма, борьбу с заболеваниями и состояниями, снижающими устойчивость опорно-двигательного аппарата к внешним воздействиям (рахит, дистрофии, малокровии, дисплазия тазобедренного сустава, переутомление и др.). К профилактике же надо отнести исключение длитбельно действующих микротравм, а также нагрузок, не соответствующих функциональным возможностям организма, правильную организацию санитарно-гигиенического режима, правильные рекомендации занятий спортом, физкультурой, правильный совет в выборе профессии, а также устранение факторов, нарушающих нервную трофику и питание кости.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Болезнь Осгуд–Шлаттера.

2. В дальнейшем необходимы: для уточнения диагноза, освобождение от занятий физкультурой, физиопроцедуры (тепло, электрофорез прокаина (Са, Р) на область бугристости большеберцовой кости).

3. Рентгенография, КТ, сцинтиграфия.

4. При упорных болях иногда прибегают к иссечению апофиза бугристости большеберцовой кости и при асептическом некрозе его.

5. Реабилитация направлена на предупреждение импрессии головки, что достигается длительным (от 1 до 3 лет) вытяжением, иммобилизацией гипсовой повязкой, назначением разгрузочных аппаратов типа Томаса. Изо всех видов иммобилизации предпочтительнее легкое вытяжение, т.к. при нем возможно проведение физиотерапии.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Болезнь Шойермана–Мау.

2. Лечение – консервативное, исключить физическую нагрузку на позвоночник.

3. Рентгенография, КТ, сцинтиграфия.

4. Хирургическое лечение применяют редких случаях тяжелых фиксированы кифозов (клиновидную резекцию или остеотомию позвоночника.

5. Общее укрепление организма, борьбу с заболеваниями и состояниями, снижающими устойчивость опорно-двигательного аппарата к внешним воздействиям (рахит, дистрофии, малокровии, дисплазия тазобедренного сустава, переутомление и др.). К профилактике же надо отнести исключение длительно действующих микротравм, а также нагрузок, не соответствующих функциональным возможностям организма.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза

2. Обследование опорно-двигательного аппарата больного

3. Измерение абсолютной и относительной длины конечности

4. Рентгенологическая диагностика

5. Определение объема физиологической, пассивной, активной, общей подвижности в суставах

6. Присутствие на операции

7. Формулировка диагноза

**1.Тема: «Врожденная и приобретенная патология тазобедренного сустава. COXA VARA. Этиология, клиника, диагностика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Определение COXA VARA
2. Частота встречаемости
3. Этиология и патогенез
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение врожденной и приобретенной патологии тазобедренного сустава
8. Осложнения врожденной и приобретенной патологии тазобедренного сустава

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

1. параметр эпифизарно-диафизарного угла
2. степень укорочения конечности
3. положение большого вертела
4. сроки окостенения эпифиза головки бедра
5. параметр ацетобулярного угла

2. 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)

3. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. консервативный (по Лоренцу)
2. гипсовые повязки
3. функциональные шины
4. оперативный
5. стремена Павлика

4. ПРИЧИНОЙ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. травма
2. перенесенный неспецифический гнойный процесс в суставе
3. дисплазия вертлужной впадины и врожденный подвывих бедра
4. специфическое поражение сустава
5. ревматоидный моноартрит тазобедренного сустава

5. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА

1) остеосинтез

2) эндопротезирование

3) артродезирование сустава

4) резекция сустава

5) так называемое "функциональное" лечение,включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию

6. ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ «КОКСА ВАРА» ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) вальгизирующая остеотомия бедра

2) консервативное лечение

3) артродез и артропластика тазобедренного сустава

4) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава

5) все перечисленное

7. ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ «КОКСА ВАЛЬГА» ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) варизирующая остеотомия

2) артродез тазобедренного сустава

3) ношение ортопедической обуви

4) консервативное лечение и разгрузка сустава

5) все перечисленное

8. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ ОПЕРАЦИЯ

1) по Коллона

2) по Улицкому

3) по Садофьеву

4) по Новаченко

5) по Шанцу

9. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

1) параметр эпифизарно-диафизарного угла

2) степень укорочения конечности

3) положение большого вертела

4) сроки окостенения эпифиза головки бедра

5) перечисленные признаки, вместе взятые

10. «КОКСА ВАРА» ВОЗНИКАЕТ В СВЯЗИ С ПОРАЖЕНИЕМ

1) головки и эпифиза бедра

2) метафиза дистального отдела бедра

3) крыша вертлужной впадины

4) диафиза бедра

5) комбинации всех вышеперечисленных зон

**Эталоны ответов:**

1. 4
2. 5
3. 4
4. 2
5. 3
6. 1
7. 1
8. 1
9. 1
10. 1

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

Врачом ортопедом при профилактическом плановом осмотре выявил: ребёнку 4,5 мес. Выражены асимметрия бедренных складок и укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, симптом «щелчка» положительный. На рентгенограмме крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости справа меньше, расположена на 1,5 см выше верхнего края впадины.

Каковы ваши диагноз, тактика лечения и их обоснование?

**Задача№ 2**

У мальчика 8 лет родители заметили изменение походки (стал слегка прихрамывать на левую ногу). Самочувствие оставалось хорошим. Сон и аппетит не нарушены. Температура тела не повышалась. При осмотре выявлены следующие изменения. Длина ног одинаковая, левая конечность больше правой на 1,5 см, ограничено и болезненно отведение бедра, болезненна ротация в тазобедренном суставе. Признаков воспаления мягких тканей в области сустава нет. Дополнительно выполнены общий анализ крови и рентгенография тазобедренных суставов. Изменений со стороны крови нет, на рентгенограмме головка левой бедренной кости сплющена, грибовидной формы. Структура уплотнена, суставная щель расширена.

Сделайте заключение о заболевании, указав стадию болезни. Назначьте лечение.

**Задача № 3**

У девушки 16 лет появились жалобы на периодические умеренные боли в левом тазобедренном суставе, укорочение левой нижней конечности. Выглядит сформировавшейся женщиной. На коже спины, ягодиц и бёдер расположены пятна светло-кофейного цвета. Менструации у девушки начались в 6 лет.

О проявлении какого заболевания можно подумать?

**Задача № 4**

У девочки 3-х лет отмечается при ходьбе хромота, ассиметрия ягодичных складок, справа относительное укорочение длины конечности справа на 1см. Слабо положительный с-м Тренделенбурга справа. На серии рентгенограмм: головка бедра справа недоразвита относительно левой, шеечно-диафизарный угол 900 и смещена к наружи, линия Шентона непрерывается справа.

О какой патологии можно думать и какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

**Задача № 5**

На ортопедический прием привели ребенка 4 лет. При сборе анамнеза выяснилось, начал ходить поздно (в год и пять месяцев). Походка вначале была неустойчивой, затем заметной стала хромота. При осмотре обращала на себя похожая клиническая картина: относительное укорочение одной нижней конечности на 2см, ограничено отведения бедра с больной стороны (справа), положителен симптом Трендэленбурга, большой вертел справа стоит на линии Розер-Нелятона.

О каких заболеваниях должны Вы подумать в первую очередь и какие клинические симптомы помогут вам от дифференцировать их друг от друга?

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача № 1.**

У ребёнка врождённый вывих правого бедра. Лечение — ЛФК, фиксация конечностей на шине, например ЦИТО, массаж ног и ягодичных областей. Необходимо наблюдение ортопеда за лечением.

**Задача № 2**

Остеохондропатия головки левой бедренной кости (болезнь Легга–Кальве–Пертеса), стадия импрессионного перелома. Рентгенологические изменения соответствуют стадии ложного склероза. Лечение. Общее: витаминотерапия, общеукрепляющее лечение, оксигенобаротерапия. Местное: разгрузка конечности с использованием вытяжения, ЛФК, физиотерапиия, улучшающая питание тканей и нормализующая окислительно-восстановительные процессы (тепловые процедуры, массаж, электрофорез с Са, магнито- или лазеротерапия и пр.). Целесообразно лечение в детских санаториях костно-суставного профиля.

**Задача № 3**

Бурые пятна на коже и раннее половое созревание указывают на внескелетные признаки (синдром Олбрайта) фиброзной остеодисплазии.

**Задача № 4**

У девочки имеет место coxa vara бедра справа. Проводится дополнительное рентгенологическое обследование с оценкой состояния крыши вертлужной впадины, выполняется оперативное лечение.

**Задача № 5**

Надо думать в первую очередь о врожденном вывихе бедра и врожденной варусной деформации (ШДУ) бедренной кости. Симптомы позволяющие клинически дефференцировать эти заболевания: «скольжения», «неисчезающего пульса», которые того при вывихе головка бедренной кости не определяется в области «скарповского треугольника», её при ротационных движениях бедра можно прощупать на крыле подвздошной кости (при высоком вывихе), а при coax vara головка определяется в «скарповском треугольнике».

1. **Перечень практических навыков:**
   1. Собрать анамнез
   2. Проводить обследование опорно-двигательного аппарата новорожденного и ребенка старшего возраста
   3. Дифференциальная диагностика
   4. Рентгенологическая диагностика
   5. Логически обосновывать диагноз
   6. Выбирать правильную лечебную тактику

**1.Тема: «Врожденная и приобретенная патология тазобедренного сустава. Пороки развития бедра. Классификация, клиника диагностика.».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Частота встречаемости пороков развития бедра

2. Этиология и патогенез пороков развития бедра

3. Клиническая картина

4. Диагностика

5. Дифференциальная диагностика

6. Лечение врожденной и приобретенной патологии тазобедренного сустава

7. Осложнения врожденной и приобретенной патологии тазобедренного сустава

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

01. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

1) параметр эпифизарно-диафизарного угла

2) степень укорочения конечности

3) положение большого вертела

4) сроки окостенения эпифиза головки бедра

5) параметр ацетобулярного угла

02. 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)

03. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. консервативный (по Лоренцу)

2. гипсовые повязки

3. функциональные шины

4. оперативный

5. стремена Павлика

04. ПРИЧИНОЙ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. травма

2. перенесенный неспецифический гнойный процесс в суставе

3. дисплазия вертлужной впадины и врожденный подвывих бедра

4. специфическое поражение сустава

5. ревматоидный моноартрит тазобедренного сустава

05. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА

1) остеосинтез

2) эндопротезирование

3) артродезирование сустава

4) резекция сустава

5) так называемое "функциональное" лечение,включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию

06. ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ «КОКСА ВАРА» ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) вальгизирующая остеотомия бедра

2) консервативное лечение

3) артродез и артропластика тазобедренного сустава

4) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава

5) все перечисленное

07. ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ «КОКСА ВАЛЬГА» ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) варизирующая остеотомия

2) артродез тазобедренного сустава

3) ношение ортопедической обуви

4) консервативное лечение и разгрузка сустава

5) все перечисленное

08. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ ОПЕРАЦИЯ

1) по Коллона

2) по Улицкому

3) по Садофьеву

4) по Новаченко

5) по Шанцу

09. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ (ВЫВИХА) ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ

1. асептический некроз головки бедра
2. парез седалищного нерва
3. тугоподвижность в суставе и анкилоз
4. абсолютное укорочение конечности
5. атрофия мышц нижних конечностей

10. «КОКСА ВАРА» ВОЗНИКАЕТ В СВЯЗИ С ПОРАЖЕНИЕМ

1) головки и эпифиза бедра

2) метафиза дистального отдела бедра

3) крыша вертлужной впадины

4) диафиза бедра

5) комбинации всех вышеперечисленных зон

**Эталоны ответов:**

1. 4

2. 5

3. 4

4. 2

5. 3

6. 1

7. 1

8. 1

9. 3

10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

Врачом ортопедом при профилактическом плановом осмотре выявил: ребёнку 4,5 мес. Выражены асимметрия бедренных складок и укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, симптом «щелчка» положительный. На рентгенограмме крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости справа меньше, расположена на 1,5 см выше верхнего края впадины.

Каковы ваши диагноз, тактика лечения и их обоснование?

**Задача№ 2**

У мальчика 8 лет родители заметили изменение походки (стал слегка прихрамывать на левую ногу). Самочувствие оставалось хорошим. Сон и аппетит не нарушенны. Температура тела не повышалась. При осмотре выявлены следующие изменения. Длина ног одинаковая, левая конечность больше правой на 1,5 см, ограничено и болезненно отведение бедра, болезненна ротация в тазобедренном суставе. Признаков воспаления мягких тканей в области сустава нет. Дополнительно выполнены общий анализ крови и рентгенография тазобедренных суставов. Изменений со стороны крови нет, на рентгенограмме головка левой бедренной кости сплющена, грибовидной формы. Структура уплотнена, суставная щель расширена.

Сделайте заключение о заболевании, указав стадию болезни. Назначьте лечение.

**Задача № 3**

У девушки 16 лет появились жалобы на периодические умеренные боли в левом тазобедренном суставе, укорочение левой нижней конечности. Выглядит сформировавшейся женщиной. На коже спины, ягодиц и бёдер расположены пятна светло-кофейного цвета. Менструации у девушки начались в 6 лет.

О проявлении какого заболевания можно подумать?

**Задача № 4**

У девочки 3-х лет отмечается при ходьбе хромота, ассиметрия ягодичных складок, справа относительное укорочение длины конечности справа на 1см. Слабо положительный с-м Тренделенбурга справа. На серии рентгенограмм: головка бедра справа недоразвита относительно левой, шеечно-диафизарный угол 900 и смещена к наружи, линия Шентона непрерывается справа.

О какой патологии можно думать и какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

**Задача № 5**

На ортопедический прием привели ребенка 4 лет. При сборе анамнеза выяснилось, начал ходить поздно (в год и пять месяцев). Походка вначале была неустойчивой, затем заметной стала хромота. При осмотре обращала на себя похожая клиническая картина: относительное укорочение одной нижней конечности на 2см, ограничено отведения бедра с больной стороны (справа), положителен симптом Трендэленбурга, большой вертел справа стоит на линии Розер-Нелятона.

О каких заболеваниях должны Вы подумать в первую очередь и какие клинические симптомы помогут вам от дифференцировать их друг от друга?

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача № 1.**

У ребёнка врождённый вывих правого бедра. Лечение — ЛФК, фиксация конечностей на шине, например ЦИТО, массаж ног и ягодичных областей. Необходимо наблюдение ортопеда за лечением.

**Задача № 2**

Остеохондропатия головки левой бедренной кости (болезнь Легга–Кальве–Пертеса), стадия импрессионного перелома. Рентгенологические изменения соответствуют стадии ложного склероза. Лечение. Общее: витаминотерапия, общеукрепляющее лечение, оксигенобаротерапия. Местное: разгрузка конечности с использованием вытяжения, ЛФК, физиотерапиия, улучшающая питание тканей и нормализующая окислительно-восстановительные процессы (тепловые процедуры, массаж, электрофорез с Са, магнито- или лазеротерапия и пр.). Целесообразно лечение в детских санаториях костно-суставного профиля.

**Задача № 3**

Бурые пятна на коже и раннее половое созревание указывают на внескелетные признаки (синдром Олбрайта) фиброзной остеодисплазии.

**Задача № 4**

У девочки имеет место coxa vara бедра справа. Проводится дополнительное рентгенологическое обследование с оценкой состояния крыши вертлужной впадины, выполняется оперативное лечение.

**Задача № 5**

Надо думать в первую очередь о врожденном вывихе бедра и врожденной варусной деформации (ШДУ) бедренной кости. Симптомы позволяющие клинически дефференцировать эти заболевания: «скольжения», «неисчезающего пульса», которые того при вывихе головка бедренной кости не определяется в области «скарповского треугольника», её при ротационных движениях бедра можно прощупать на крыле подвздошной кости (при высоком вывихе), а при coax vara головка определяется в «скарповском треугольнике».

**6. Перечень практических навыков:**

1. Сбор анамнеза
2. Провести обследование опорно-двигательного аппарата новорожденного и ребенка старшего возраста
3. Дифференциальная диагностика
4. Рентгенологическая диагностика
5. Логически обосновывать диагноз
6. Выбрать правильную лечебную тактику

**1.Тема: «Методы обследования в детской урологии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Классификация методов обследования
2. Ход обследований
3. Подготовка больных к различным методам обследования
4. Количество форменных элементов в анализах мочи: общем, по Нечипоренко, Зимницкому, Аддису-Каковскому, Амбюрже
5. Содержание креатинина, мочевины в крови в норме
6. Какова последовательность выполнения снимков при экскреторной урографии
7. Каким методом проводится экскреторная у детей до года?
8. Что такое «отсроченные урограммы», показания к их выполнению?
9. Показания и противопоказания к ангиографии
10. Осложнения абдоминальной ангиографии?
11. Показания и противопоказания кретроградной пиелографии
12. Осложнения ретроградной пиелографии
13. Показания и противопоказания к пресакральному ретропневмоперитонеуму
14. Осложнения ретропневмоперитонеума
15. Назовите методы радиоизотопного исследования
16. Что такое цистотонометрия и показания к ее проведению?
17. Что такое урофлоуметрия, и каковые ее нормальные показатели?
18. Назовите методы функционального обследования нижних мочевых путей

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. К УРОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. цистоскопия
2. пресакральный ретропневмоперитонеум
3. калибровка уретры
4. ирригография
5. абдоминальная ангиография

2. ФОРМА АНУРИИ, НЕ ТРЕБУЮЩАЯ ЛЕЧЕНИЯ

1. ренальная
2. экстраренальная
3. субренальная
4. физиологическая анурия новорожденных
5. аренальная

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. аномалии развития почек
2. острый пиелонефрит
3. гидронефроз
4. инфравезикальная обструкция
5. крипторхизм

4. НАЗОВИТЕ БЕСКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. экскреторная урография
2. обзорная урография
3. микционная цистография
4. уретрография
5. ретроградная уретеропиелография

5. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЛОЖНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

1. стриктура уретры
2. экстрофия мочевого пузыря
3. спинно-мозговая грыжа
4. миело-дисплазия спинного мозга
5. травматическое повреждение уретры

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. уретрография
2. антеградная пиелография
3. тепловидение
4. микционная цистография
5. статическая нефросцинтиграфия

7. ПРИЧИНОЙ ИСТИННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕСЯ

1. экстрофия мочевого пузыря
2. травматическое повреждение спинного мозга
3. меатальный стеноз
4. эктопия устья мочеточника
5. травма мочевого пузыря

8. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД

1. цистотонометрия
2. цистоскопия
3. урофлоуметрия
4. определение ритма спонтанных мочеиспусканий
5. регистрация профиля уретрального давления

9. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИНОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. динамическая нефросцинтиграфия
2. экскреторная урография
3. определение клиренса эндогенного креатинина
4. ретроградная уретеропиелография
5. проба Зимницкого

10. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1. обзорная урография
2. цистотонометрия
3. ретроградная уретеропиелография
4. цистоскопия
5. экскреторная урография

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

01. 4

02. 1

03. 2

04. 2

05. 2

06. 4

07. 2

08. 1

09. 4

10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

У больного 5 лет диагносцирован врожденный поликистоз почек.

В анализе мочи: гипоизостенурия, микрогематурия. На УЗИ: множественные кисты различных размеров в обеих почках.

- Какие методы исследования можно применить для оценки функциональной способности почек.

**Задача 2**

Девочка 5 лет жалуется на боли в животе во время акта мочеиспускания. В анамнезе периодические подъемы температуры до фибрильных цифр, которая самостоятельно снижается.

В анализах мочи: выраженная лейкоцитурия.

- какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 3**

В приемный покой урологического отделения поступил ребенок 10 лет с жалобами на боли в поясничной области, макрогематурию. При пальпации определяется положительный симптом 12 ребра слева, припухлость в поясничной области.

- для какой патологии характерна данная триада симптомов?

**Задача 4**

В приемный покой поступил ребенок мальчик 5 лет с жалобами на затрудненное, болезненное мочеиспускание, вялую струю мочи. В анамнезе затрудненное мочеиспускание с периода новорожденности.

- Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 5**

Какие разновидности радиоизотопного исследования вы знаете?

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача 1**

- определение клубочковой фильтрации;

- проба Зимницкого;

- радиоизотопная динамическая нефросцинтиграфия;

- экскреторная урография.

**Задача 2**

- УЗИ почек, мочевого пузыря;

- Допплеровское сканирование сосудов почек и мочеточникового выброса;

- экскреторная урография;

- цистоскопия;

- микционная цистография.

**Задача 3**

- травма почки.

**Задача 4**

- УЗИ почек , мочевого пузыря;

- уретроцистоскопия;

- уретрография;

- экскреторная урография;

- калибровка уретры.

**Задача 5**

- радиоизотопная ренография;

- статическая нефросцинтиграфия;

- динамическая нефросцинтиграфия.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у урологического больного
2. Пальпация почки
3. Определение мочеточниковых точек
4. Пальпация мочевого пузыря
5. Пальпация органов мошонки
6. Определение пахового кольца
7. Диафаноскопия
8. Интерпретация анализов крови
9. Интерпретация анализов мочи
10. Чтение рентгенограмм
11. Интерпретация данных лабораторных, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования
12. Катетеризация мочевого пузыря
13. Цистоскопия
14. Надлобковая пункция мочевого пузыря
15. Калибровка уретры
16. Выведение мочи при острой задержке
17. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
18. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
19. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
20. Интерпретация данных функционального исследования

**1.Тема: «Методы обследования в детской урологии. Семиотика урологических заболеваний».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Симптомы боли?

2. Симптомы расстройства мочеиспускания?

3. Симптомы нарушения замыкательного аппарата мочевого пузыря и проходимости уретры?

4. Симптомы нарушения мочеотделения?

5. Симптомы качественных нарушений в моче?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. К УРОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. цистоскопия

2. пресакральный ретропневмоперитонеум

3. калибровка уретры

4. ирригография

5. абдоминальная ангиография

2. ФОРМА АНУРИИ, НЕ ТРЕБУЮЩАЯ ЛЕЧЕНИЯ

1. ренальная

2. экстраренальная

3. субренальная

4. физиологическая анурия новорожденных

5. аренальная

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. аномалии развития почек

2. острый пиелонефрит

3. гидронефроз

4. инфравезикальная обструкция

5. крипторхизм

4. НАЗОВИТЕ БЕСКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. экскреторная урография

2. обзорная урография

3. микционная цистография

4. уретрография

5. ретроградная уретеропиелография

5. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЛОЖНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

1. стриктура уретры

2. экстрофия мочевого пузыря

3. спинно-мозговая грыжа

4. миело-дисплазия спинного мозга

5. травматическое повреждение уретры

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. уретрография

2. антеградная пиелография

3. тепловидение

4. микционная цистография

5. статическая нефросцинтиграфия

7. ПРИЧИНОЙ ИСТИННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕСЯ

1. экстрофия мочевого пузыря

2. травматическое повреждение спинного мозга

3. меатальный стеноз

4. эктопия устья мочеточника

5. травма мочевого пузыря

8. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД

1. цистотонометрия

2. цистоскопия

3. урофлоуметрия

4. определение ритма спонтанных мочеиспусканий

5. регистрация профиля уретрального давления

9. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИНОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. динамическая нефросцинтиграфия

2. экскреторная урография

3. определение клиренса эндогенного креатинина

4. ретроградная уретеропиелография

5. проба Зимницкого

10. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1. обзорная урография

2. цистотонометрия

3. ретроградная уретеропиелография

4. цистоскопия

5. экскреторная урография

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

01. 4

02. 1

03. 2

04. 2

05. 2

06. 4

07. 2

08. 1

09. 4

10. 4

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

У больного 5 лет диагносцирован врожденный поликистоз почек.

В анализе мочи: гипоизостенурия, микрогематурия. На УЗИ: множественные кисты различных размеров в обеих почках.

- Какие методы исследования можно применить для оценки функциональной способности почек.

**Задача 2**

Девочка 5 лет жалуется на боли в животе во время акта мочеиспускания. В анамнезе периодические подъемы температуры до фибрильных цифр, которая самостоятельно снижается.

В анализах мочи: выраженная лейкоцитурия.

- какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 3**

В приемный покой урологического отделения поступил ребенок 10 лет с жалобами на боли в поясничной области, макрогематурию. При пальпации определяется положительный симптом 12 ребра слева, припухлость в поясничной области.

- для какой патологии характерна данная триада симптомов?

**Задамча 4**

В приемный покой поступил ребенок мальчик 5 лет с жалобами на затрудненное, болезненное мочеиспускание, вялую струю мочи. В анамнезе затрудненное мочеиспускание с периода новорожденности.

- Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 5**

Какие разновидности радиоизотопного исследования вы знаете?

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача 1**

- определение клубочковой фильтрации;

- проба Зимницкого;

- радиоизотопная динамическая нефросцинтиграфия;

- экскреторная урография.

**Задача 2**

- УЗИ почек, мочевого пузыря;

- Допплеровское сканирование сосудов почек и мочеточникового выброса;

- экскреторная урография;

- цистоскопия;

- микционная цистография.

**Задача 3**

- травма почки.

**Задача 4**

- УЗИ почек , мочевого пузыря;

- уретроцистоскопия;

- уретрография;

- экскреторная урография;

- калибровка уретры.

**Задача 5**

- радиоизотопная ренография;

- статическая нефросцинтиграфия;

- динамическая нефросцинтиграфия.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у урологического больного

2. Пальпировать почки

3. Определять мочеточниковые точки

4. Пальпировать мочевой пузырь

5. Пальпировать органы мошонки

1. Определять паховые кольца
2. Диафаноскопия
3. Интерпретация анализов крови
4. Интерпретация анализов мочи
5. Читать типичные рентгенограммы
6. Интерпретировать данные лабораторных, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования
7. Катетеризировать мочевой пузырь
8. Цистоскопия
9. Надлобковая пункция мочевого пузыря
10. Провести калибровку уретры
11. Вывести мочу при острой задержке

**1.Тема: «Аномалии развития мочевыделительной системы. Аномалии развития почек».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Эмбриогенез
2. Классификация аномалий развития мочевыделительной системы
3. Этиология аномалий развития почек
4. Патогенез различных врожденных аномалий почек
5. Клиническая картина аномалий развития почек
6. Методы диагностики аномалий развития почек
7. Принципы лечения
8. Реабилитация больных с аномалиями развития почек

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ПРЕДСТАВЬТЕ КЛАССИФИКАЦИЮ АНОМАЛИЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПОЧЕК (3):

1. Добавочная почка
2. Подковообразная почка
3. Галетообразная почка
4. Удвоение почек
5. S-образная почка

2. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ (3):

1. Боль в животе
2. Олигурия
3. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости
4. Частое болезненное мочеиспускание
5. При почечной ангиографии отхождение почечной артерии выше или ниже нормального уровня

З. УКАЖИТЕ ЗАКОН ВЕЙГЕРТА – МЕЙЕРА (1):

1. При полном удвоении почек устье добавочного мочеточника верхнего сегмента всегда локализуется ниже и медиальнее основного нижнего сегмента и может быть эктопировано за пределы мочевого пузыря
2. При полном удвоений почек устье добавочного мочеточника верхнего сегмента всегда локализуется выше и латеральное основного нижнего сегмента.

4. УКАЖИТЕ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИИ ПОЧЕК (4):

1. Клинических проявлений может не быть
2. При экскреторной урографии - отсутствие контраста на стороне поражения
3. При цистоскопии - добавочное устье мочеточника
4. При цистоскопии - гемиатрофия треутольника Льето
5. При ангиографии - отсутствие почечной артерии на стороне поражения

5. КАКИЕ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНОМАЛИЙ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ К ПОРОКАМ ДЕЛЕНИЯ КРАНИАЛЬНОГО КОНЦА ПРОТОКА МЕТАНЕФРОСА (3):

1. Врожденная атония ЧЛС
2. Внепочечное деление лоханки на чашечки
3. Дивертикул лоханки и почечной чашечки
4. Мегакаликоз
5. Парапельвикальная киста

6. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ? (2)

1. Все почечные сосуды уменьшены равномерно, начиная с почечной артерии.
2. Все почечные сосуды не изменены
3. Резкое уменьшение количества и диаметра внутрипочечных сосудов
4. Уменьшение числа почечных долек и чашечек
5. Нормальное число почечных долек и чашечек

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ (4)

1. Положительный симптом Ровзинга
2. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости симметрично от позвоночника
3. Боли в животе
4. Сосудистые нарушения в нижних конечностях
5. Гипоизостенурия

8. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧЕК (3):

1. Выраженный болевой синдром
2. Хронический пиелонефрит
3. Нефрогенная гипертония
4. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5. Острый гломерулонефрит

9. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ В УДВОЕННОЙ ПОЧКЕ (1).

1. Хронический пиелонефрит
2. Гидронефроз
3. Уролитиаз
4. Уретерогидронефроз
5. Все вышеперечисленные пункты верны

10. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ (4)

1. На экскреторной урограмме чашечки обращены кпереди и медиально
2. Мочеточники образуют симптом «вазы» на экскреторной урограмме
3. Мочеточники образуют симптом «букета цветов»
4. При почечной ангиографии – рассыпной тип кровоснабжения
5. При почечной ангиографии – сращение почки

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

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

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребенок 3-х месяцев. При поступлении состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации кожные покровы «припудрены», суховаты, бледные. При осмотре - живот ассиметричен, при пальпации определяются два бугристых образования в правом и левом подреберьях, безболезненные, эластичные, В анализе крови - анемия, мочевина 16 ммоль/л, в анализе мочи микрогематурия, пиурия, удельный вес 1001.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика.
4. Классификация данныой патологии.
5. Современные методы лечения.

**Задача №2**

Из поликлиники в ДХО направлен ребенок 6 лет с диагнозом: опухоль брюшной полости. Состояние ребенка удовлетворительное. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка и ниже справа и слева от позвоночника определяется опухолевидное образование, безболезненное, эластической консистенции, малоподвижное. Анализы мочи и крови без патологии.

1. О какой патологии можно думать?
2. Проведите обследование ребенка.
3. Ваша дальнейшая тактика.
4. Осложнения данной патологии?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №3**

В детском хирургическом отделении у ребенка 3-х лет выявлена аномалия развития – удвоениие мочевыводящих путей слева, уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Ваша лечебная тактика.
3. Объясните симптом «мочеточникового недержания мочи».
4. Какие еще заболевания могут встречаться в удвоенной почки?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №4**

У девочки 12 лет появились жалобы на упорные головные боли, стойкое повышение артериального давления, изменения в анализах мочи. При обследовании выявлена гипоплазированная почка.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Какие заболевания встерчаются в гипоплазированной почки?
3. Дифференциальная диагностика гипоплазированной и вторично сморщенной почки.
4. Как клинически проявляется двусторонняя гипоплазия почек.
5. Ваша лечебная тактика.

**Задача №5**

В роддоме осмотрен ребенок, у которого над лоном имеется ярко-красного цвета опухолевидное образование, выделяется моча. Кожа вокруг образования с признаками мацерации.

1. О какой патологии можно думать?
2. Показания к экстренному оперативному лечению у новорожденных.
3. Виды оперативного вмешательства.
4. Клинические проявления патологии у детей после года.
5. Осложнения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Поликистоз почек
2. Ультразвуковое исследование почек, экскреторная урография, КТ.
3. Симптоматическая терапия.
4. А)Поликистоз новорожденных. Поликистоз детей подростков. Поликистоз взрослых.

Б) компенсированная форма, субкомпенсированяа форма, декомпенсированная форма.

5) Игнипунктура, иссечение кист, пересадка почек.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Подковообразная почка.
2. УЗИ органов брюшной полости, экскреторная урография или абдоминальная ангиография для подтверждения диагноза подковообразной почки.
3. Диспансерное наблюдение.
4. Варикозное расширение вен нижних конечностей, хронический пиелонефрит, гидронефроз, мочекаменная болезнь.
5. Истмотомия, резекция пораженной половины почки, пластические операции на полостной системе почки.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Определить количество функционирующей почечной паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки, его функциональную активность (экскреторная урография, радиоизотопное исследование)
2. При сохранении функции верхнего сегмента удвоенной почки - устранение причины уретерогидронефроза, при утрате функции – геминефруретерэктомия.
3. Эктопия устья добавочного мочеточника во влагалище, в преддверие влагалища, в промежность.
4. ПМР, хонический пиелонефрит, МКБ.
5. Геминефруретерэтомия, пластика дистального отдела мочеточника, иссечение уретероцеле.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Экскреторная урография, микционная цистография для исключения ПМР.
2. ПМР, хронический пиелонефрит.
3. Анамнез, УЗИ с доплерографией, КТ, морфологическое исследование.
4. ХПН.
5. При наличии ПМР – лечение оперативное.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Экстрофия мочевого пузыря.
2. Мочепузырная пластинка больше 5 см, ребенок соматически здоров.
3. Пластика мочевого пузыря местными тканями, создание изолированного мочевого пузыря из толстой кишки, пересадка мочепузырной пластинки в прямую кишку и создание клоаки.
4. Эпидерматизация слизистой мочевого пузыря, утиная походка, явления хронического пиелонефрита.
5. Мочевая инфекция, ХПН.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у больного
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Диафаноскопия
4. Катетеризация мочевого пузыря
5. Цистоскопия
6. Надлобковая пункция мочевого пузыря
7. Калибровка уретры
8. Выведение мочи при острой задержке
9. Интерпритация анализов крови
10. Интерпритация анализов мочи
11. Чтение рентгенограмм
12. Интерпритация данных радиоизотопного исследования
13. Интерпритация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
14. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
15. Интерпретация данных функционального исследования
16. Проведение непрямой урофлоуметрии

**1.Тема: «Аномалии развития мочевыделительной системы. Аномалии развития мочевого пузыря и уретры».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

: ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Этиология аномалий развития мочевого пузыря и уретры

2. Патогенез различных врожденных аномалий развития мочевого пузыря и уретры.

1. Клиническая картина аномалий развития мочевого пузыря и уретры
2. Методы диагностики аномалий развития мочевого пузыря и уретры
3. Принципы лечения
4. Реабилитация больных с аномалиями развития мочевого пузыря и уретры.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.К АНОМАЛИЯМ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. Добавочная почка
2. Подковообразная почка
3. Галетообразная почка
4. S-образная почка

д)L-образная почка

2.ДЛЯ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ НРЕ ХАРАКТЕРНО

1. Боль в животе
2. Олигурия
3. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости
4. Частое болезненное мочеиспускание
5. При почечной ангиографии отхождение почечной артерии выше или ниже нормального уровн

3. ДЛЯ ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Клинических проявлений может не быть
2. При экскреторной урографии - отсутствие контраста на стороне поражения
3. При цистоскопии - добавочное устье мочеточника
4. При цистоскопии - гемиатрофия треутольника Льето
5. При ангиографии - отсутствие почечной артерии на стороне поражения

4.ДЛЯ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Положительный симптом Ровзинга
2. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости симметрично от позвоночника
3. Боли в животе
4. Сосудистые нарушения в нижних конечностях
5. Гипоизостенурия

5**.**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,КОТОРЫЕ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ В УДВОЕННОЙ ПОЧКЕ

1. Хронический пиелонефрит
2. Гидронефроз
3. Уролитиаз
4. Уретерогидронефроз
5. Все вышеперечисленные пункты верны

6.ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. На экскреторной урограмме чашечки обращены кпереди и медиально
2. Мочеточники образуют симптом «вазы» на экскреторной урограмме
3. Мочеточники образуют симптом «букета цветов»
4. При почечной ангиографии – рассыпной тип кровоснабжения
5. При почечной ангиографии – сращение почки

**7**.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УДВОЕННЙЯ ПОЧКИ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. Цистоскопия
2. Экскреторная урография
3. Почечная ангиография
4. Урофлоуметрия
5. КТ

8.В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИКИСТОЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. Игнипунктура
2. Иссечение кист, декапсуляция почки
3. Консервативное лечение
4. Нефруретерэктомия

д)Пересадка почки

9. ДЛЯ МОШОНОЧНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ ХАРАКТЕРНО

а).искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, дистопия меатуса на мошонку

б)искривление полового члена, дистопия меатуса на мошонку, мочеиспускание по женскому типу

в)искривление полового члена, мочеиспускание по женскому типу, дистопия меатуса на мошонку

г)искривление полового члена, нормальное расположение меатуса, недержание мочи

д)искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, недержание мочи

10.ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а)отсутствием передней стенки мочевого пузыря исоответствкющего участка передней брюшной стенки

б)отсутствием передней стенки мочевого пузыря

в) отсутствием задней стенки мочевого пузыря и соответствкющего участка передней брюшной стенки

г) отсутствием задней стенки мочевого пузыря

д)дилятацией передней стенки мочевого пузыря

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. а
2. б
3. в

4. д

5 д

6.в

7.г

8.г

9.б.

10а

5**. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребенок 3-х месяцев. При поступлении состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации кожные покровы «припудрены», суховаты, бледные. При осмотре - живот ассиметричен, при пальпации определяются два бугристых образования в правом и левом подреберьях, безболезненные, эластичные, В анализе крови - анемия, мочевина 16 ммоль/л, в анализе мочи микрогематурия, пиурия, удельный вес 1001.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика.
4. Классификация данныой патологии.
5. Современные методы лечения.

**Задача №2**

Из поликлиники в ДХО направлен ребенок 6 лет с диагнозом: опухоль брюшной полости. Состояние ребенка удовлетворительное. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка и ниже справа и слева от позвоночника определяется опухолевидное образование, безболезненное, эластической консистенции, малоподвижное. Анализы мочи и крови без патологии.

1. О какой патологии можно думать?
2. Проведите обследование ребенка.
3. Ваша дальнейшая тактика.
4. Осложнения данной патологии?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №3**

В детском хирургическом отделении у ребенка 3-х лет выявлена аномалия развития – удвоениие мочевыводящих путей слева, уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Ваша лечебная тактика.
3. Объясните симптом «мочеточникового недержания мочи».
4. Какие еще заболевания могут встречаться в удвоенной почки?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №4**

У девочки 12 лет появились жалобы на упорные головные боли, стойкое повышение артериального давления, изменения в анализах мочи. При обследовании выявлена гипоплазированная почка.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Какие заболевания встерчаются в гипоплазированной почки?
3. Дифференциальная диагностика гипоплазированной и вторично сморщенной почки.
4. Как клинически проявляется двусторонняя гипоплазия почек.
5. Ваша лечебная тактика.

**Задача №5**

В роддоме осмотрен ребенок, у которого над лоном имеется ярко-красного цвета опухолевидное образование, выделяется моча. Кожа вокруг образования с признаками мацерации.

1. О какой патологии можно думать?
2. Показания к экстренному оперативному лечению у новорожденных.
3. Виды оперативного вмешательства.
4. Клинические проявления патологии у детей после года.
5. Осложнения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Поликистоз почек
2. Ультразвуковое исследование почек, экскреторная урография, КТ.
3. Симптоматическая терапия.
4. А)Поликистоз новорожденных. Поликистоз детей подростков. Поликистоз взрослых.

Б) компенсированная форма, субкомпенсированяа форма, декомпенсированная форма.

5) Игнипунктура, иссечение кист, пересадка почек.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Подковообразная почка.
2. УЗИ органов брюшной полости, экскреторная урография или абдоминальная ангиография для подтверждения диагноза подковообразной почки.
3. Диспансерное наблюдение.
4. Варикозное расширение вен нижних конечностей, хронический пиелонефрит, гидронефроз, мочекаменная болезнь.
5. Истмотомия, резекция пораженной половины почки, пластические операции на полостной системе почки.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Определить количество функционирующей почечной паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки, его функциональную активность (экскреторная урография, радиоизотопное исследование)
2. При сохранении функции верхнего сегмента удвоенной почки - устранение причины уретерогидронефроза, при утрате функции – геминефруретерэктомия.
3. Эктопия устья добавочного мочеточника во влагалище, в преддверие влагалища, в промежность.
4. ПМР, хонический пиелонефрит, МКБ.
5. Геминефруретерэтомия, пластика дистального отдела мочеточника, иссечение уретероцеле.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Экскреторная урография, микционная цистография для исключения ПМР.
2. ПМР, хронический пиелонефрит.
3. Анамнез, УЗИ с доплерографией, КТ, морфологическое исследование.
4. ХПН.
5. При наличии ПМР – лечение оперативное.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Экстрофия мочевого пузыря.
2. Мочепузырная пластинка больше 5 см, ребенок соматически здоров.
3. Пластика мочевого пузыря местными тканями, создание изолированного мочевого пузыря из толстой кишки, пересадка мочепузырной пластинки в прямую кишку и создание клоаки.
4. Эпидерматизация слизистой мочевого пузыря, утиная походка, явления хронического пиелонефрита.
5. Мочевая инфекция, ХПН.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у больного
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Диафаноскопия
4. Катетеризация мочевого пузыря
5. Цистоскопия
6. Надлобковая пункция мочевого пузыря
7. Калибровка уретры
8. Выведение мочи при острой задержке
9. Интерпритация анализов крови
10. Интерпритация анализов мочи
11. Чтение рентгенограмм
12. Интерпритация данных радиоизотопного исследования
13. Интерпритация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
14. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
15. Интерпретация данных функционального исследования
16. Проведение непрямой урофлоуметрии

**1.Тема: «Аномалии развития мочевыделительной системы. Методы диагностики аномалий верхних мочевых путей».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1.Эмбриогенез мочевыделительной системы

2. Клинические методы обследования аномалий верхних мочевых путей

3. Лабораторные методы обследования

4. Рентгенологические методы исследования

5. Радиоизотопные методы исследования

6. Ультрозвуковые методы исследования

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.К АНОМАЛИЯМ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. Добавочная почка
2. Подковообразная почка
3. Галетообразная почка
4. S-образная почка

д)L-образная почка

2.ДЛЯ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ НРЕ ХАРАКТЕРНО

1. Боль в животе
2. Олигурия
3. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости
4. Частое болезненное мочеиспускание
5. При почечной ангиографии отхождение почечной артерии выше или ниже нормального уровн

3. ДЛЯ ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Клинических проявлений может не быть
2. При экскреторной урографии - отсутствие контраста на стороне поражения
3. При цистоскопии - добавочное устье мочеточника
4. При цистоскопии - гемиатрофия треутольника Льето
5. При ангиографии - отсутствие почечной артерии на стороне поражения

4.ДЛЯ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1. Положительный симптом Ровзинга
2. Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости симметрично от позвоночника
3. Боли в животе
4. Сосудистые нарушения в нижних конечностях
5. Гипоизостенурия

5**.**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,КОТОРЫЕ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ В УДВОЕННОЙ ПОЧКЕ

1. Хронический пиелонефрит
2. Гидронефроз
3. Уролитиаз
4. Уретерогидронефроз
5. Все вышеперечисленные пункты верны

6.ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. На экскреторной урограмме чашечки обращены кпереди и медиально
2. Мочеточники образуют симптом «вазы» на экскреторной урограмме
3. Мочеточники образуют симптом «букета цветов»
4. При почечной ангиографии – рассыпной тип кровоснабжения
5. При почечной ангиографии – сращение почки

**7**.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УДВОЕННЙЯ ПОЧКИ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. Цистоскопия
2. Экскреторная урография
3. Почечная ангиография
4. Урофлоуметрия
5. КТ

8.В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИКИСТОЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. Игнипунктура
2. Иссечение кист, декапсуляция почки
3. Консервативное лечение
4. Нефруретерэктомия

д)Пересадка почки

9. ДЛЯ МОШОНОЧНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ ХАРАКТЕРНО

а).искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, дистопия меатуса на мошонку

б)искривление полового члена, дистопия меатуса на мошонку, мочеиспускание по женскому типу

в)искривление полового члена, мочеиспускание по женскому типу, дистопия меатуса на мошонку

г)искривление полового члена, нормальное расположение меатуса, недержание мочи

д)искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, недержание мочи

10.ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а)отсутствием передней стенки мочевого пузыря исоответствкющего участка передней брюшной стенки

б)отсутствием передней стенки мочевого пузыря

в) отсутствием задней стенки мочевого пузыря и соответствкющего участка передней брюшной стенки

г) отсутствием задней стенки мочевого пузыря

д)дилятацией передней стенки мочевого пузыря

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. а
2. б
3. в

4. д

5 д

6.в

7.г

8.г

9.б.

10а

5**. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребенок 3-х месяцев. При поступлении состояние тяжелое, выражены симптомы интоксикации кожные покровы «припудрены», суховаты, бледные. При осмотре - живот ассиметричен, при пальпации определяются два бугристых образования в правом и левом подреберьях, безболезненные, эластичные, В анализе крови - анемия, мочевина 16 ммоль/л, в анализе мочи микрогематурия, пиурия, удельный вес 1001.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика.
4. Классификация данныой патологии.
5. Современные методы лечения.

**Задача №2**

Из поликлиники в ДХО направлен ребенок 6 лет с диагнозом: опухоль брюшной полости. Состояние ребенка удовлетворительное. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка и ниже справа и слева от позвоночника определяется опухолевидное образование, безболезненное, эластической консистенции, малоподвижное. Анализы мочи и крови без патологии.

1. О какой патологии можно думать?
2. Проведите обследование ребенка.
3. Ваша дальнейшая тактика.
4. Осложнения данной патологии?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №3**

В детском хирургическом отделении у ребенка 3-х лет выявлена аномалия развития – удвоениие мочевыводящих путей слева, уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Ваша лечебная тактика.
3. Объясните симптом «мочеточникового недержания мочи».
4. Какие еще заболевания могут встречаться в удвоенной почки?
5. Виды оперативного вмешательства.

**Задача №4**

У девочки 12 лет появились жалобы на упорные головные боли, стойкое повышение артериального давления, изменения в анализах мочи. При обследовании выявлена гипоплазированная почка.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Какие заболевания встерчаются в гипоплазированной почки?
3. Дифференциальная диагностика гипоплазированной и вторично сморщенной почки.
4. Как клинически проявляется двусторонняя гипоплазия почек.
5. Ваша лечебная тактика.

**Задача №5**

В роддоме осмотрен ребенок, у которого над лоном имеется ярко-красного цвета опухолевидное образование, выделяется моча. Кожа вокруг образования с признаками мацерации.

1. О какой патологии можно думать?
2. Показания к экстренному оперативному лечению у новорожденных.
3. Виды оперативного вмешательства.
4. Клинические проявления патологии у детей после года.
5. Осложнения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Поликистоз почек
2. Ультразвуковое исследование почек, экскреторная урография, КТ.
3. Симптоматическая терапия.
4. А)Поликистоз новорожденных. Поликистоз детей подростков. Поликистоз взрослых.

Б) компенсированная форма, субкомпенсированяа форма, декомпенсированная форма.

5) Игнипунктура, иссечение кист, пересадка почек.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Подковообразная почка.
2. УЗИ органов брюшной полости, экскреторная урография или абдоминальная ангиография для подтверждения диагноза подковообразной почки.
3. Диспансерное наблюдение.
4. Варикозное расширение вен нижних конечностей, хронический пиелонефрит, гидронефроз, мочекаменная болезнь.
5. Истмотомия, резекция пораженной половины почки, пластические операции на полостной системе почки.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Определить количество функционирующей почечной паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки, его функциональную активность (экскреторная урография, радиоизотопное исследование)
2. При сохранении функции верхнего сегмента удвоенной почки - устранение причины уретерогидронефроза, при утрате функции – геминефруретерэктомия.
3. Эктопия устья добавочного мочеточника во влагалище, в преддверие влагалища, в промежность.
4. ПМР, хонический пиелонефрит, МКБ.
5. Геминефруретерэтомия, пластика дистального отдела мочеточника, иссечение уретероцеле.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Экскреторная урография, микционная цистография для исключения ПМР.
2. ПМР, хронический пиелонефрит.
3. Анамнез, УЗИ с доплерографией, КТ, морфологическое исследование.
4. ХПН.
5. При наличии ПМР – лечение оперативное.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Экстрофия мочевого пузыря.
2. Мочепузырная пластинка больше 5 см, ребенок соматически здоров.
3. Пластика мочевого пузыря местными тканями, создание изолированного мочевого пузыря из толстой кишки, пересадка мочепузырной пластинки в прямую кишку и создание клоаки.
4. Эпидерматизация слизистой мочевого пузыря, утиная походка, явления хронического пиелонефрита.
5. Мочевая инфекция, ХПН.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у больного
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Диафаноскопия
4. Катетеризация мочевого пузыря
5. Цистоскопия
6. Надлобковая пункция мочевого пузыря
7. Калибровка уретры
8. Выведение мочи при острой задержке
9. Интерпритация анализов крови
10. Интерпритация анализов мочи
11. Чтение рентгенограмм
12. Интерпритация данных радиоизотопного исследования
13. Интерпритация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
14. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
15. Интерпретация данных функционального исследования
16. Проведение непрямой урофлоуметрии

**1.Тема: «Обструктивные уропатии. Врожденный гидронефроз».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Классификация обструктивных уропатий

2. Этиология гидронефроза

3. Этиология уретерогидронефроза

4. Патогенез гидронефроза

5. Клиника гидронефроза

6. Принципы диагностики обструктивных уропатий

7. Лечение (консервативное и оперативное)

8. Реабилитация больных

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. Стриктура пиелоуретерального сегмента
2. Стриктура предпузырного отдела мочеточника
3. Стриктура дистального отдела уретры
4. Уретероцеле
5. Ретрокавальный мочеточник

2.ПРИЧИНА ВРОЖДЕННОГО ПРОСТОГО ГИДРОНЕФРОЗА

1. Ретрокавальный мочеточник
2. Стриктура уретры
3. Стриктура предпузырного отдела мочеточника
4. Клапан пиелоуретерального сегмента
5. Уретероцеле

3. ЗАВЕРШАЮЩИИЙ МЕТОД В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С «НЕМОЙ ПОЧКОЙ»

а)инфузионная урография

б)радиоизотопное исследование

в)почечная ангиография

г)определение парциальных почечных функций

д)реоренография

4.. ПРИЧИНОЙ ПРОСТОГО ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

а)стеноз пиело-уретерального сегмента

б)добавочный нижнеполярный сосуд

в)клапан в области пиело-уретерального сегмента

г)гипертрофия семенного бугорка

д)высокое отхождение мочеточника

5. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ

1. уретероцеле
2. камень уретры
3. клапан задней уретры
4. фимоз
5. болезнь Мариона

6. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

1. снижение функции почки
2. «немая почка»
3. внутрипочечное расположение лоханки
4. вторичный пиелонефрит
5. выраженный гидрокаликоз

**7.** ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ НЕТ

1. Повышение внутрилоханочного давления
2. Пиелоэктазия и гидрокаликоз
3. Снижение внутрилоханочного давления
4. 0блитерация и атрофия сосудов почки
5. Атрофия нервных окончаний и паренхимы

8.СКАНИРОВАНИЕМ ПОЧЕК НЕВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1. Размеры почек
2. Состояние и размеры полостной системы
3. Форму почек
4. Количество функционирующей почечной паренхимы
5. Измения ангиоархитектоники

9.КОЛИЧЕСТВО ФУНКЦИНИРУЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

а)экскреторной урографией

б)радиоизотопной ренографией

в)УЗИ

г)радиоизотопной нефросцинтиграфией

10.ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

а)экскреторная урография

б) микционная цистография

в)урофлоуметрия

г)уретрография

д)цистотонометрия

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. а
2. г
3. в
4. б
5. б
6. б
7. в
8. г
9. в
10. б

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

В соматическое отделение поступила девочка 3 лет с жалобами на частые атаки пиелонефрита. Больна с грудного возраста, когда впервые повысилась температура до 390, в анализе мочи выявлено значительное количество лейкоцитов. После назначения уроантисептиков достигнута не длительная ремиссия. В отделении во время цистоскопии выявлено зияние устьев мочеточников, их дистопия на боковые стенки.

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3.Классификация данного заболевания?

4.Принципы лечения заболевания?

5.Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №2**

В клинику поступила девочка 6 лет по поводу пиелонефрита. Жалуется на боли в поясничной области, затрудненное, болезненное мочеиспускание тонкой вялой струей. При цистографии диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс Ш степени справа и слева.

1.Чем можно объяснить возникновение рефлюкса у ребенка.

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для выявления причины рефлюкса?

3.Врожденные причины данной патологии?

4.Осложнения данной патологии.

5. Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №3**

На приеме у педиатра ребенок 8 лет жалуется на периодически повторяющиеся боли в животе, которые беспокоят его в течение года. Боли умеренной интенсивности, уменьшаются после поглаживания живота. Температура тела нормальная. При осмотре ребенок удовлетворительного питания, самочувствие не нарушено. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 78 ударов в одну минуту. Живот мягкий, в левом подреберье пальпируется округлое малоподвижное, эластической консистенции опухолевидное образование размерами 5×6 см. Срочно сделаны анализы. В общем анализе крови – лейкоциты 8,2×109/л, эритроциты 4,1×1012/л, гемоглобин 118 г/л, формула крови без особенностей. В общем анализе мочи лейкоциты 25-30 в поле зрения, эритроциты 15-18 в поле зрения.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 5 лет с жалобами на стойкую пиурию и микрогематурию. На экскреторной урограмме выявлено снижение секреторной и экскреторной функций правой почки. На отсроченных снимках через 30 минут появляются бесформенные озера контраста в проекции правой почки. Мочеточник справа не виден.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №5**

В урологическую клинику поступила девочка 5 лет с жалобами на боли в левой поясничной области, усиливающиеся во время мочеиспускания.

Объективно: кожные покровы чистые, влажные, вокруг глаз легкая синева, пастозность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 82 удара в одну минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12 ребра сомнительный слева.

Анализ мочи: удельный вес 1015, эпителий плоский единичный в поле зрения, лейкоциты в большом количестве.

Анализ крови без патологии.

Задания:

1.Какое заболевание можно предполагать?

2.Какие методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?

3.Классификация данного заболевания.

4.Тактика врача уролога при данной патологии.

5.Какие осложнения данного заболевания возможны и их профилактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2.УЗИ почек, мочевого пузыря, допплерография, экскреторная урография, микционная цистография.

3.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный.

Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4.Лечение ПМР консервативное и оперативное. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устьев мочеточника и от степени поражения почки.

5. Диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №2:**

1.У девочки имеет место инфравезикальная обструкция, осложнившаяся пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, ритм спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия, цистоманометрия, измерение профиля уретрального давления, уретроцистоскопия.

3. Инфравезикальная обструкция – мегатреугольник Льето, болезнь Мориона, клапан уретры, гипертрофия семенного бугорка, стриктура уретры, меатостеноз, тяжелые формы фимоза.

4.Вторичный хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность.

5.После устранения причины обструкции – диспансерное наблюдение, профилактика обострений пиелонефрита, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №3:**

1. Гидронефроз слева. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, допплерография, экскреторная урография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №4:**

1. Гидронефроз справа.

2. УЗИ почек, допплерография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №5:**

1. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, микционная цистография, цистоскопия.

3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный. Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устья мочеточника и от степени поражения почки.

5. Вторичный хронический пиелонефрит, рефлюкс-нефропатия, нефросклероз, при двустороннем процессе – хроническая почечная недостаточность.

**6. Перечень практических умений:**

1.Сбор анамнеза у урологического больного

2.Пальпировать почки

3.Определять мочеточниковые точки

4.Пальпировать мочевой пузырь

5.Пальпировать органы мошонки

6.Определять паховые кольца

7.Диафаноскопия

8.Интерпретация анализов крови

9.Интерпретация анализов мочи

10.Читать типичные рентгенограммы

11.Интерпретировать данные лабораторных, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования

12.Катетеризировать мочевой пузырь

13.Цистоскопия

14.Надлобковая пункция мочевого пузыря

15.Провести калибровку уретры

16.Вывести мочу при острой задержке

17.Определять показания и противопоказания к различным методам исследования.

18.Интерпретация данных радиоизотопного исследования

19.Интрпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря

**1.Тема: «Обструктивные уропатии Инфравезикальная обструкция»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Этиология инфравезикальной обструкции

2. Патогенез инфравезикалькой обструкции

3. Клиника инфравезикальной обструкции

4. Принципы диагностики обструктивных уропатий

5. Лечение (консервативное и оперативное)

6. Реабилитация больных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. Стриктура пиелоуретерального сегмента
2. Стриктура предпузырного отдела мочеточника
3. Стриктура дистального отдела уретры
4. Уретероцеле
5. Ретрокавальный мочеточник

2.ПРИЧИНА ВРОЖДЕННОГО ПРОСТОГО ГИДРОНЕФРОЗА

1. Ретрокавальный мочеточник
2. Стриктура уретры
3. Стриктура предпузырного отдела мочеточника
4. Клапан пиелоуретерального сегмента
5. Уретероцеле

3. ЗАВЕРШАЮЩИИЙ МЕТОД В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С «НЕМОЙ ПОЧКОЙ»

а)инфузионная урография

б)радиоизотопное исследование

в)почечная ангиография

г)определение парциальных почечных функций

д)реоренография

4.. ПРИЧИНОЙ ПРОСТОГО ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

а)стеноз пиело-уретерального сегмента

б)добавочный нижнеполярный сосуд

в)клапан в области пиело-уретерального сегмента

г)гипертрофия семенного бугорка

д)высокое отхождение мочеточника

5. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ

1. уретероцеле
2. камень уретры
3. клапан задней уретры
4. фимоз
5. болезнь Мариона

6. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

1. снижение функции почки
2. «немая почка»
3. внутрипочечное расположение лоханки
4. вторичный пиелонефрит
5. выраженный гидрокаликоз

**7.** ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ НЕТ

1. Повышение внутрилоханочного давления
2. Пиелоэктазия и гидрокаликоз
3. Снижение внутрилоханочного давления
4. 0блитерация и атрофия сосудов почки
5. Атрофия нервных окончаний и паренхимы

8.СКАНИРОВАНИЕМ ПОЧЕК НЕВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1. Размеры почек
2. Состояние и размеры полостной системы
3. Форму почек
4. Количество функционирующей почечной паренхимы
5. Измения ангиоархитектоники

9.КОЛИЧЕСТВО ФУНКЦИНИРУЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

а)экскреторной урографией

б)радиоизотопной ренографией

в)УЗИ

г)радиоизотопной нефросцинтиграфией

10.ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

а)экскреторная урография

б) микционная цистография

в)урофлоуметрия

г)уретрография

д)цистотонометрия

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. а
2. г
3. в
4. б
5. б
6. б
7. в
8. г
9. в
10. б

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

В соматическое отделение поступила девочка 3 лет с жалобами на частые атаки пиелонефрита. Больна с грудного возраста, когда впервые повысилась температура до 390, в анализе мочи выявлено значительное количество лейкоцитов. После назначения уроантисептиков достигнута не длительная ремиссия. В отделении во время цистоскопии выявлено зияние устьев мочеточников, их дистопия на боковые стенки.

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3.Классификация данного заболевания?

4.Принципы лечения заболевания?

5.Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №2**

В клинику поступила девочка 6 лет по поводу пиелонефрита. Жалуется на боли в поясничной области, затрудненное, болезненное мочеиспускание тонкой вялой струей. При цистографии диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс Ш степени справа и слева.

1.Чем можно объяснить возникновение рефлюкса у ребенка.

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для выявления причины рефлюкса?

3.Врожденные причины данной патологии?

4.Осложнения данной патологии.

5. Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №3**

На приеме у педиатра ребенок 8 лет жалуется на периодически повторяющиеся боли в животе, которые беспокоят его в течение года. Боли умеренной интенсивности, уменьшаются после поглаживания живота. Температура тела нормальная. При осмотре ребенок удовлетворительного питания, самочувствие не нарушено. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 78 ударов в одну минуту. Живот мягкий, в левом подреберье пальпируется округлое малоподвижное, эластической консистенции опухолевидное образование размерами 5×6 см. Срочно сделаны анализы. В общем анализе крови – лейкоциты 8,2×109/л, эритроциты 4,1×1012/л, гемоглобин 118 г/л, формула крови без особенностей. В общем анализе мочи лейкоциты 25-30 в поле зрения, эритроциты 15-18 в поле зрения.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 5 лет с жалобами на стойкую пиурию и микрогематурию. На экскреторной урограмме выявлено снижение секреторной и экскреторной функций правой почки. На отсроченных снимках через 30 минут появляются бесформенные озера контраста в проекции правой почки. Мочеточник справа не виден.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №5**

В урологическую клинику поступила девочка 5 лет с жалобами на боли в левой поясничной области, усиливающиеся во время мочеиспускания.

Объективно: кожные покровы чистые, влажные, вокруг глаз легкая синева, пастозность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 82 удара в одну минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12 ребра сомнительный слева.

Анализ мочи: удельный вес 1015, эпителий плоский единичный в поле зрения, лейкоциты в большом количестве.

Анализ крови без патологии.

Задания:

1.Какое заболевание можно предполагать?

2.Какие методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?

3.Классификация данного заболевания.

4.Тактика врача уролога при данной патологии.

5.Какие осложнения данного заболевания возможны и их профилактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2.УЗИ почек, мочевого пузыря, допплерография, экскреторная урография, микционная цистография.

3.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный.

Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4.Лечение ПМР консервативное и оперативное. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устьев мочеточника и от степени поражения почки.

5. Диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №2:**

1.У девочки имеет место инфравезикальная обструкция, осложнившаяся пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, ритм спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия, цистоманометрия, измерение профиля уретрального давления, уретроцистоскопия.

3. Инфравезикальная обструкция – мегатреугольник Льето, болезнь Мориона, клапан уретры, гипертрофия семенного бугорка, стриктура уретры, меатостеноз, тяжелые формы фимоза.

4.Вторичный хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность.

5.После устранения причины обструкции – диспансерное наблюдение, профилактика обострений пиелонефрита, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №3:**

1. Гидронефроз слева. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, допплерография, экскреторная урография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №4:**

1. Гидронефроз справа.

2. УЗИ почек, допплерография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №5:**

1. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, микционная цистография, цистоскопия.

3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный. Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устья мочеточника и от степени поражения почки.

5. Вторичный хронический пиелонефрит, рефлюкс-нефропатия, нефросклероз, при двустороннем процессе – хроническая почечная недостаточность.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у урологического больного
2. Пальпация почек
3. Определение мочеточниковых точек
4. Диафаноскопия
5. Интерпретация анализов крови
6. Интерпретация анализов мочи
7. Чтение рентгенограмм
8. Интерпретация данных лабораторных, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования
9. Цистоскопия
10. Надлобковая пункция мочевого пузыря
11. Калибровка уретры
12. Выведение мочи при острой задержке
13. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
14. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
15. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
16. Интерпретация данных функционального исследования

**1.Тема: «Обструктивные уропатии Пузырно-мочеточниковый рефлюкс».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Этиология ПМР

2. Патогенез ПМР

3. Классификация ПМР

4. Клиника ПМР

5. Принципы диагностики обструктивных уропатий

6. Лечение (консервативное и оперативное)

7. Реабилитация больных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА (ПМР) ПО ЭЙКЕЛЮ-ПАРКУЛАЙНЕНУ (3):

1. ПМР первичный – врожденная недостаточность устьев мочеточника
2. ПМР вторичный при воспалении мочевого пузыря
3. ПМР вторичный при инфравезикальной обструкции
4. ПМР 1,2 степени
5. ПМР 3 степени
6. ПМР 4, 5 степени

2. УКАЖИТЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ (3):

1. Хайнеса-Андерсена
2. Политано-Литбеттера
3. Коэна
4. Фолея
5. Грегуара

3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА (3):

1. Нейромышечная дисплазия мочеточника
2. Токсическая гипотония мочеточника
3. Клапан предпузырного отдела мочеточника
4. Стеноз устья мочеточника

4. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ПУЗНРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА РАЗЛИЧАЮТ ПО ЭЙКЕЛЮ-ПАРКУЛАЙНЕНУ (1)

1. 3 степени
2. 4 степени
3. 5 степеней
4. 2 степени
5. 1 степени

5. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ (1):

1. Обзорная урография, экскреторная урография, микционная цистография
2. Микционная цистография, экскреторная урография, обзорная урография
3. Экскреторная урография, обзорная урография, микционная цистография

6. ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА (1):

1. Экскреторная урография
2. Микционная цистография
3. Осадочная цистография
4. Ретроградная пиелография

7. УКАЖИТЕ, КАКИМИ МЕТОДАМИ ВОЗМОЖНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС (4):

1. Рентгенологический
2. Радиоизотопный
3. Лабораторные
4. Эндоскопические
5. Исследование уродинамики

8. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПМР (ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ) (3):

1. Почечная недостаточность любой стадии, обусловленная двусторонним ПМР
2. Явления острого гнойного пиелонефрита одно- или двустороннего при ПМР
3. Рефлюкс II степени
4. Рефлюкс 4, 5 степени

9. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. незрелость нервно-мышечных структур мочеточника
2. стеноз устья мочеточника
3. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
4. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника
5. короткий интрамуральный отдел мочеточника
6. дистопия устья мочеточника

10. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕФЛЕКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕГЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника
2. стеноз устья мочеточника
3. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
4. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника
5. короткий интрамуральный отдел мочеточника
6. дистопия устья мочеточника

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

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

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

В соматическое отделение поступила девочка 3 лет с жалобами на частые атаки пиелонефрита. Больна с грудного возраста, когда впервые повысилась температура до 390, в анализе мочи выявлено значительное количество лейкоцитов. После назначения уроантисептиков достигнута не длительная ремиссия. В отделении во время цистоскопии выявлено зияние устьев мочеточников, их дистопия на боковые стенки.

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3.Классификация данного заболевания?

4.Принципы лечения заболевания?

5.Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №2**

В клинику поступила девочка 6 лет по поводу пиелонефрита. Жалуется на боли в поясничной области, затрудненное, болезненное мочеиспускание тонкой вялой струей. При цистографии диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс Ш степени справа и слева.

1.Чем можно объяснить возникновение рефлюкса у ребенка.

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для выявления причины рефлюкса?

3.Врожденные причины данной патологии?

4.Осложнения данной патологии.

5. Реабилитация больных с данной патологией?

**Задача №3**

На приеме у педиатра ребенок 8 лет жалуется на периодически повторяющиеся боли в животе, которые беспокоят его в течение года. Боли умеренной интенсивности, уменьшаются после поглаживания живота. Температура тела нормальная. При осмотре ребенок удовлетворительного питания, самочувствие не нарушено. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 78 ударов в одну минуту. Живот мягкий, в левом подреберье пальпируется округлое малоподвижное, эластической консистенции опухолевидное образование размерами 5×6 см. Срочно сделаны анализы. В общем анализе крови – лейкоциты 8,2×109/л, эритроциты 4,1×1012/л, гемоглобин 118 г/л, формула крови без особенностей. В общем анализе мочи лейкоциты 25-30 в поле зрения, эритроциты 15-18 в поле зрения.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 5 лет с жалобами на стойкую пиурию и микрогематурию. На экскреторной урограмме выявлено снижение секреторной и экскреторной функций правой почки. На отсроченных снимках через 30 минут появляются бесформенные озера контраста в проекции правой почки. Мочеточник справа не виден.

Задания:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие дополнительные исследования нужно провести этому ребенку для уточнения диагноза?

3.Проведите дифференциальную диагностику?

4.Назовите врожденные причины данной патологии?

5.Сформулируйте лечебную тактику?

**Задача №5**

В урологическую клинику поступила девочка 5 лет с жалобами на боли в левой поясничной области, усиливающиеся во время мочеиспускания.

Объективно: кожные покровы чистые, влажные, вокруг глаз легкая синева, пастозность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 82 удара в одну минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12 ребра сомнительный слева.

Анализ мочи: удельный вес 1015, эпителий плоский единичный в поле зрения, лейкоциты в большом количестве.

Анализ крови без патологии.

Задания:

1.Какое заболевание можно предполагать?

2.Какие методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?

3.Классификация данного заболевания.

4.Тактика врача уролога при данной патологии.

5.Какие осложнения данного заболевания возможны и их профилактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2.УЗИ почек, мочевого пузыря, допплерография, экскреторная урография, микционная цистография.

3.Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный.

Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4.Лечение ПМР консервативное и оперативное. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устьев мочеточника и от степени поражения почки.

5. Диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №2:**

1.У девочки имеет место инфравезикальная обструкция, осложнившаяся пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, ритм спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия, цистоманометрия, измерение профиля уретрального давления, уретроцистоскопия.

3. Инфравезикальная обструкция – мегатреугольник Льето, болезнь Мориона, клапан уретры, гипертрофия семенного бугорка, стриктура уретры, меатостеноз, тяжелые формы фимоза.

4.Вторичный хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность.

5.После устранения причины обструкции – диспансерное наблюдение, профилактика обострений пиелонефрита, санаторно-курортное лечение.

**К задаче №3:**

1. Гидронефроз слева. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, допплерография, экскреторная урография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №4:**

1. Гидронефроз справа.

2. УЗИ почек, допплерография, динамическая нефросцинтиграфия, компьютерная томография.

3. Опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, мультикистоз почки, поликистоз почек.

4. Стриктура пиелоуретерального сегмента (ПУС), добавочный нижнеполярный сосуд, клапан в области ПУС, эмбриональные спайки в области ПУС, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника.

5. Оперативное лечение.

**К задаче №5:**

1. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит, фаза обострения.

2. УЗИ почек, мочевого пузыря, экскреторная урография, микционная цистография, цистоскопия.

3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс первичный и вторичный. Классификация Эйкеля –Паркулайнена – 5 степеней.

4. Тактика зависит от степени рефлюкса, локализации и состояния устья мочеточника и от степени поражения почки.

5. Вторичный хронический пиелонефрит, рефлюкс-нефропатия, нефросклероз, при двустороннем процессе – хроническая почечная недостаточность.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у урологического больного
2. Пальпация почек
3. Определение мочеточниковых точек
4. Диафаноскопия
5. Интерпретация анализов крови
6. Интерпретация анализов мочи
7. Чтение рентгенограмм
8. Интерпретация данных лабораторных, радиоизотопных, ультразвуковых методов исследования
9. Цистоскопия
10. Надлобковая пункция мочевого пузыря
11. Калибровка уретры
12. Выведение мочи при острой задержке
13. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
14. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
15. Определение ритма спонтанных мочеиспусканий
16. Интерпретация данных функционального исследования

**1.Тема: «Мочекаменная болезнь у детей. Этиология, патогенез»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Этиология мочекаменной болезни

2.Патогенез мочекаменной болезни

3. Классификация

4.Современные взгляды

5.Клиническая картина мочекаменной болезни

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЕОРИИ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (2):

1. Коллоидная
2. Кристаллоидная
3. Белковая
4. Физико-химическая

2. НАЗОВИТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА (3):

1. Питьевая вода повышенной жесткости
2. Гиперпаратиреоз
3. Профессии, связанные с перегреванием, малоподвижностью, ограниченным приемом жидкости
4. Тубулопатии, нефропатии
5. Длительное ультрафиолетовое облучение

3. УКАЖИТЕ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА (3):

1. Первичный гиперпаратиреоз
2. Длительное ультрафиолетовое облучение
3. Лекарственные вещества (тетрациклин, сульфаниламиды)
4. Гипервитаминоз Д
5. Тубулопатии, нефропатии

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ (4):

а) Обзорная урография

б) Экскреторная урография

в) Ретроградная пиелография

г) Ретропневмоперитонеум

д) Цистография

5. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА (3):

1. Запаздывание контрастирования полостной системы почки на стороне поражения
2. Расширение мочеточника и полостной системы почки на стороне поражения
3. Симптом «нисходящего указательного пальца»
4. Цистоидное строение мочеточника на стороне поражения
5. Все вышеуказанные пункты верны

6. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА

1. Обзорная урография
2. Цистография
3. Экскреторная урография
4. Ретроградная пиелография
5. Урокимография

7. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ? (3)

а) Цистоскопия

б) Ретроградная пиелография

в) Хромоцистоскопия

г) УЗИ

д) Уретеропиелоскопия

8. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (3):

1. Ретроградная пиелография
2. Обзорная урография
3. Цистотонометрия
4. Цистоскопия
5. Цистография

9. ПРИЧИНЫ ГЕМАТУРИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (3):

1. Механический фактор
2. Облитерация сосудов почки
3. Венозный застой
4. Атрофия почечной паренхимы
5. Воспалительный процесс

10. МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (3):

1. Острое растяжение полостных отделов почки и фиброзной капсулы в следствие нарушения оттока мочи
2. Раздражение нервных окончаний в подслизистом слое чашечек, лоханки, мочеточника проходящим камнем или кристаллами солей
3. Развивающийся калькулезный пиелонефрит
4. Спастическое сокращение гладкой мускулатуры мочевыводящих путей
5. Резкое снижение внутрипочечного давления

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. а, б

2. а, в, д

3. а, г, д

1. а, б, в, д
2. а, б, в
3. а, в, г
4. а, в, д
5. б, г, д
6. а, в, д
7. а, б, г

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 6 лет испытывает затруднение при мочеиспускании. В анамнезе – однократная задержка мочи. В анализах мочи – лейкоцитурия до 20 – 30 в п/зр, гематурия 30 – 40 в п/зр

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Назовите наиболее информативный метод обследования для диагностики данной патологии.
4. Назовите теории патогенеза данной патологии
5. Назовите несколько препаратов для лечения данной патологии.

**Задача №2**

Мальчик 7 лет поступил с жалобами на приступообразные боли в левой половине живота. Боли сопровождались учащенным болезненным мочеиспусканием. В анализах мочи – свежие эритроциты до 10 – 12 в п/зр.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы диагностики необходимо применить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Наиболее информативный метод диагностики при данной патологии.
5. Выпишите рецепт на один ихз специфических препаратов лечения данной патологии.

**Задача №3**

Больной С., 12 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, макрогематурию, прерывистое мочеиспускание. Объективно: состояние тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, умеренной болезненности при пальпации над лоном. При мочеиспускании определяется симптом закладывания струи мочи. Анализ крови без патологии. В анализе мочи свежие эритроциты в большом количестве, белок до 100%, соли оксалаты +++.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы обследования необходимо использовать?
3. Ваша тактика.
4. Наиболее достоверных методов диагностики при данной патологии.
5. Показания к оперативному лечению

**Задача №4**

Больная 9 лет поступила с жалобами на приступообразные боли в животе, макрогематурию. Больна в течение суток.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, болезненный справа по латеральному каналу, симптомов раздражения брюшины нет. Справа положительный симптом 12 ребра. На экскреторной урограмме отмечается запаздывание контрастирования почки справа, дилятация ее полостной системы, мочеточник справа атоничен, прослеживается до средней трети, положительный симптом нисходящего указательного пальца.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие еще дополнительные методы исследования можно использовать?
3. Назначьте лечение.
4. Консервативное лечение при данной патологии.
5. Показания к оперативному методу лечения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, цистография, цистоскопия
3. Цистоскопия
4. Колоидная, Кристолоидная
5. Цистон, Уролит, Пролит, Суперпролит, Уролесан.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Камень нижней трети мочеточника.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, при их неинформативности – ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативное лечение, при неэффективности – операция
4. Ретроградная уретеропиелография
5. Re: Cistoni

Da.Signa: одно драже три раза в день в течении трех месяцев

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Экскреторная урография, цистография, цистоскопия.
3. Оперативное лечение.
4. Цистоскопия
5. Тяжесть состояния ребенка, большой камень.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Камень средней трети мочеточника.
2. Ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативная терапия, при неэффективности – операция.
4. Спазмолитики, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.
5. Длительное стояние камня в мочеточнике, тяжесть состояния, данные рентгенологического исследования.

**6. Перечень практических умений:**

* + 1. Собрать и оценить анамнез у больного
    2. Выявить при клиническом обследовании общие и локальные симптомы заболевания.
    3. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
    4. Катетеризация мочевого пузыря
    5. Выведение мочи при острой задержке
    6. Интерпретация анализов крови
    7. Интерпретация анализов мочи
    8. Чтение рентгенограмм
    9. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
    10. Интерпретация данных функционального исследования
    11. Назначить консервативные мероприятия для купирования почечной колики.
    12. Назначить лечение больному МКБ.
    13. Распознавать осложнения, определить мероприятия по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Мочекаменная болезнь у детей. Камни мочевого пузыря».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1..Камни почек

2. Камни мочеточников

3. Камни мочевого пузыря

3.Методы консервативной терапии мочекаменной болезни

4.Диетотерапия при мочекаменной болезни

5.Показания к оперативному лечению при мочекаменной болезни

6.Реабилитация больных с аномалиями развития мочевыделительной системы.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОДНА ИЗ ТЕОРИЙ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ**:**

1. Коллоидная
2. Кристаллоидная
3. Белковая
4. Физико-химическая
5. Алиментарная

2.НАЗОВАТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА**:**

1. Питьевая вода повышенной жесткости
2. Гиперпаратиреоз
3. Гиповитаминоз Д
4. Профессии, связанные с перегреванием, малоподвижностью, ограниченным приемом жидкости
5. Тубулопатии, нефропатии

3. УКАЖИТЕ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА**:**

1. Первичный гиперпаратиреоз
2. Пребывапние в условиях повышенной температуры.
3. Длительное ультрафиолетовое облучение
4. Лекарственные вещества (тетрациклин, сульфаниламиды)
5. Гипервитаминоз Д

4. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. Микционная цистография,
2. Экскреторная урография
3. Ирригография
4. Абдоминальная ангиография
5. спленопортография

5. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА:

* 1. Запаздывание контрастирования полостной системы почки на стороне поражения
  2. Расширение мочеточника и полостной системы почки на стороне поражения
  3. Симптом «нисходящего указательного пальца»
  4. Цистоидное строение мочеточника на стороне поражения
  5. Все вышеуказанные пункты верны

6. УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА:

1. Урофлоуметрия
2. Урокинематография
3. Ретроградная уретеропиелография
4. Цистография
5. Ирригография

7. ПРИЧИНЫ ГЕМАТУРИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

* 1. Механический фактор
  2. Облитерация сосудов почки
  3. Атрофия почечной паренхимы
  4. Повышение внутрипочечного давления
  5. Обтурация мочеточника камнем

8. УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ:

1. Редкое мочеиспускание
2. Дизурия
3. Двойное мочеиспускание
4. Симптом мочеточникового недержания мочи
5. Поллакиурия

9. ПОКАЗАНИЯ К НЕФРОЛИТОТОМИИ:

1. Нефролитиаз при внутрипочечной лоханке
2. Камень в нижней трети мочеточника
3. Камень в верхней трети мочеточника
4. Камень мочевого пузыря
5. Внепочечная лоханка

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ:

1. Обзорная урография
2. Цистоскопия
3. УЗИ
4. Урофлоуметрия
5. Ритм спонтанных мочеиспусканий

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 1
2. 2
3. 3
4. 2
5. 4
6. 3
7. 4
8. 3
9. 1
10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 6 лет испытывает затруднение при мочеиспускании. В анамнезе – однократная задержка мочи. В анализах мочи – лейкоцитурия до 20 – 30 в п/зр, гематурия 30 – 40 в п/зр

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Назовите наиболее информативный метод обследования для диагностики данной патологии.
4. Назовите теории патогенеза данной патологии
5. Назовите несколько препаратов для лечения данной патологии.

**Задача №2**

Мальчик 7 лет поступил с жалобами на приступообразные боли в левой половине живота. Боли сопровождались учащенным болезненным мочеиспусканием. В анализах мочи – свежие эритроциты до 10 – 12 в п/зр.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы диагностики необходимо применить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Наиболее информативный метод диагностики при данной патологии.
5. Выпишите рецепт на один ихз специфических препаратов лечения данной патологии.

**Задача №3**

Больной С., 12 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, макрогематурию, прерывистое мочеиспускание. Объективно: состояние тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, умеренной болезненности при пальпации над лоном. При мочеиспускании определяется симптом закладывания струи мочи. Анализ крови без патологии. В анализе мочи свежие эритроциты в большом количестве, белок до 100%, соли оксалаты +++.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы обследования необходимо использовать?
3. Ваша тактика.
4. Наиболее достоверных методов диагностики при данной патологии.
5. Показания к оперативному лечению

**Задача №4**

Больная 9 лет поступила с жалобами на приступообразные боли в животе, макрогематурию. Больна в течение суток.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, болезненный справа по латеральному каналу, симптомов раздражения брюшины нет. Справа положительный симптом 12 ребра. На экскреторной урограмме отмечается запаздывание контрастирования почки справа, дилятация ее полостной системы, мочеточник справа атоничен, прослеживается до средней трети, положительный симптом нисходящего указательного пальца.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие еще дополнительные методы исследования можно использовать?
3. Назначьте лечение.
4. Консервативное лечение при данной патологии.
5. Показания к оперативному методу лечения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, цистография, цистоскопия
3. Цистоскопия
4. Колоидная, Кристолоидная
5. Цистон, Уролит, Пролит, Суперпролит, Уролесан.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Камень нижней трети мочеточника.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, при их неинформативности – ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативное лечение, при неэффективности – операция
4. Ретроградная уретеропиелография
5. Re: Cistoni

Da.Signa: одно драже три раза в день в течении трех месяцев

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Экскреторная урография, цистография, цистоскопия.
3. Оперативное лечение.
4. Цистоскопия
5. Тяжесть состояния ребенка, большой камень.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Камень средней трети мочеточника.
2. Ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативная терапия, при неэффективности – операция.
4. Спазмолитики, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.
5. Длительное стояние камня в мочеточнике, тяжесть состояния, данные рентгенологического исследования.

**6. Перечень практических умений:**

1. Собрать и оценить анамнез у больного
2. Выявить при клиническом обследовании общие и локальные симптомы заболевания.
3. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
4. Катетеризация мочевого пузыря
5. Выведение мочи при острой задержке
6. Интерпретация анализов крови
7. Интерпретация анализов мочи
8. Чтение рентгенограмм
9. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
10. Интерпретация данных функционального исследования
11. Назначить консервативные мероприятия для купирования почечной колики.
12. Назначить лечение больному МКБ.
13. Распознавать осложнения, определить мероприятия по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Мочекаменная болезнь у детей. Лечение мочекаменной болезни у детей».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Консервативное лечение мочекаменной болезни

2. Оперативное лечение мочекаменной болезни

3.Диетотерапия

4. Осложнения

5. Реабилитация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОДНА ИЗ ТЕОРИЙ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ**:**

1. Коллоидная
2. Кристаллоидная
3. Белковая
4. Физико-химическая
5. Алиментарная

2.НАЗОВАТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА**:**

1. Питьевая вода повышенной жесткости
2. Гиперпаратиреоз
3. Гиповитаминоз Д
4. Профессии, связанные с перегреванием, малоподвижностью, ограниченным приемом жидкости
5. Тубулопатии, нефропатии

3. УКАЖИТЕ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УРОЛИТИАЗА**:**

1. Первичный гиперпаратиреоз
2. Пребывапние в условиях повышенной температуры.
3. Длительное ультрафиолетовое облучение
4. Лекарственные вещества (тетрациклин, сульфаниламиды)
5. Гипервитаминоз Д

4. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. Микционная цистография,
2. Экскреторная урография
3. Ирригография
4. Абдоминальная ангиография
5. спленопортография

5. ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА:

* 1. Запаздывание контрастирования полостной системы почки на стороне поражения
  2. Расширение мочеточника и полостной системы почки на стороне поражения
  3. Симптом «нисходящего указательного пальца»
  4. Цистоидное строение мочеточника на стороне поражения
  5. Все вышеуказанные пункты верны

6. УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА:

1. Урофлоуметрия
2. Урокинематография
3. Ретроградная уретеропиелография
4. Цистография
5. Ирригография

7. ПРИЧИНЫ ГЕМАТУРИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. Механический фактор
2. Облитерация сосудов почки
3. Атрофия почечной паренхимы
4. Повышение внутрипочечного давления
5. Обтурация мочеточника камнем

8. УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ:

1. Редкое мочеиспускание
2. Дизурия
3. Двойное мочеиспускание
4. Симптом мочеточникового недержания мочи
5. Поллакиурия

9. ПОКАЗАНИЯ К НЕФРОЛИТОТОМИИ:

1. Нефролитиаз при внутрипочечной лоханке
2. Камень в нижней трети мочеточника
3. Камень в верхней трети мочеточника
4. Камень мочевого пузыря
5. Внепочечная лоханка

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ:

1. Обзорная урография
2. Цистоскопия
3. УЗИ
4. Урофлоуметрия
5. Ритм спонтанных мочеиспусканий

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 1
2. 2
3. 3
4. 2
5. 4
6. 3
7. 4
8. 3
9. 1
10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 6 лет испытывает затруднение при мочеиспускании. В анамнезе – однократная задержка мочи. В анализах мочи – лейкоцитурия до 20 – 30 в п/зр, гематурия 30 – 40 в п/зр

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Назовите наиболее информативный метод обследования для диагностики данной патологии.
4. Назовите теории патогенеза данной патологии
5. Назовите несколько препаратов для лечения данной патологии.

**Задача №2**

Мальчик 7 лет поступил с жалобами на приступообразные боли в левой половине живота. Боли сопровождались учащенным болезненным мочеиспусканием. В анализах мочи – свежие эритроциты до 10 – 12 в п/зр.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы диагностики необходимо применить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Наиболее информативный метод диагностики при данной патологии.
5. Выпишите рецепт на один ихз специфических препаратов лечения данной патологии.

**Задача №3**

Больной С., 12 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, макрогематурию, прерывистое мочеиспускание. Объективно: состояние тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, умеренной болезненности при пальпации над лоном. При мочеиспускании определяется симптом закладывания струи мочи. Анализ крови без патологии. В анализе мочи свежие эритроциты в большом количестве, белок до 100%, соли оксалаты +++.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие методы обследования необходимо использовать?
3. Ваша тактика.
4. Наиболее достоверных методов диагностики при данной патологии.
5. Показания к оперативному лечению

**Задача №4**

Больная 9 лет поступила с жалобами на приступообразные боли в животе, макрогематурию. Больна в течение суток.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, болезненный справа по латеральному каналу, симптомов раздражения брюшины нет. Справа положительный симптом 12 ребра. На экскреторной урограмме отмечается запаздывание контрастирования почки справа, дилятация ее полостной системы, мочеточник справа атоничен, прослеживается до средней трети, положительный симптом нисходящего указательного пальца.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие еще дополнительные методы исследования можно использовать?
3. Назначьте лечение.
4. Консервативное лечение при данной патологии.
5. Показания к оперативному методу лечения.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, цистография, цистоскопия
3. Цистоскопия
4. Колоидная, Кристолоидная
5. Цистон, Уролит, Пролит, Суперпролит, Уролесан.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Камень нижней трети мочеточника.
2. Обзорная урография, экскреторная урография, при их неинформативности – ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативное лечение, при неэффективности – операция
4. Ретроградная уретеропиелография
5. Re: Cistoni

Da.Signa: одно драже три раза в день в течении трех месяцев

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Камень мочевого пузыря.
2. Экскреторная урография, цистография, цистоскопия.
3. Оперативное лечение.
4. Цистоскопия
5. Тяжесть состояния ребенка, большой камень.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Камень средней трети мочеточника.
2. Ретроградная пиелография.
3. Вначале – консервативная терапия, при неэффективности – операция.
4. Спазмолитики, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.
5. Длительное стояние камня в мочеточнике, тяжесть состояния, данные рентгенологического исследования.

**6. Перечень практических умений:**

1. Собрать и оценить анамнез у больного
2. Выявить при клиническом обследовании общие и локальные симптомы заболевания.
3. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
4. Катетеризация мочевого пузыря
5. Выведение мочи при острой задержке
6. Интерпретация анализов крови
7. Интерпретация анализов мочи
8. Чтение рентгенограмм
9. Интерпретация данных УЗИ почек и мочевого пузыря
10. Интерпретация данных функционального исследования
11. Назначить консервативные мероприятия для купирования почечной колики.
12. Назначить лечение больному МКБ.
13. Распознавать осложнения, определить мероприятия по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Травма мочевыделительной системы Травма почек».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Анатомо-физиологические особенности почек, способствующие их травмированию у детей.

2.Назовите клиническую триаду симптомов при травме почек.

3.Методы диагностики травм почек.

4.Классификация травм почек по Кюстеру.

5.Показания к оперативному лечению при травмах почек..

6.Что такое трехстаканная проба.

7.Реабилитация больных с травмой мочевыделительной системы.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО ПОЯВЛЕНИЕ ПРИПУХЛОСТИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ (2)
2. Нарушением оттока мочи из лоханки - развитием гидронефроза
3. Гематомой - при непроникающем разрыве
4. Урогематомой - при проникающем разрыве
5. Напряжением мышц поясничной области
6. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЮСТЕРА(4):
7. Ушиб почки
8. Поперечный разрыв почки
9. Поверхностный разрыв коркового слоя, непроникающий
10. Отрыв полюса почки
11. Глубокий проникающий разрыв почки
12. Отрыв почки от сосудистой ножки
13. КЛИНИКА ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (4):

а) Отсутствие мочеиспускания

б) Частое болезненное мочеиспускание малыми порциями

в) Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации в нижних отделах живота

г) Припухлость над лоном и паховых областях

д) Положительный симптом Щеткина-Блюмберга

1. ЦЕЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ(3):
2. Выведение из шока
3. Полная остановка кровотечения
4. Восполнение кровопотери
5. Восстановление жизненно важных функций организма
6. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРОИСХОДИТ ВНУТРИБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (2):
7. При опорожненном мочевом пузыре
8. При наполненном мочевом пузыре
9. В следствии натяжения фиксирующих пузырь связок
10. В следствии воздействия высокого гидростатического давления на наиболее слабый участок - в области верхне-задней стенки
11. КАКИЕ ПРИЗНАКИ НА ВОСХОДЯЩЕЙ ЦИСТОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (2):
12. Отсутствие контраста в мочевом пузыре
13. Затек контраста в паравезикальую клетчатку
14. Затек контраста в Дугласово пространство
15. АБСОЛЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ РАЗРЫВА ПОЧКИ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ (3):
16. Расширение полостной системы почки
17. Контрастные затеки за пределы полостной системы почки
18. Травматическая ампутация чашечек и лоханки
19. Симптом «указательного пальца»
20. Полное отсутствие функции почки (немая почка)
21. НАЗОВИТЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТОТЕ ТРАВМИРОВАНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ (3):
22. Расположение почек между ребрами, и позвоночником
23. Большая подвижность почек
24. Слабая выраженность околопочечной клетчатки
25. Нежная паренхима почки
26. Низкое гидростатическое давление
27. НАЗОВИТЕ ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧКИ (3):
28. Острый пиелонефрит
29. Паранефрит
30. Уросепсис
31. Нефросклероз
32. Форникальное кровотечение
33. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИХ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ (3):
34. Ушиб почки
35. Не нарастающая подкапсульная гематома
36. Поверхностный непроникающий разрыв коркового слоя
37. Двухмоментный разрыв почки
38. Отрыв нижнего полюса полюса почки
39. Нарастающая подкапсульная гематома больших размеров

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

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

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребенок упал с дерева, ударившись левым боком о камень. Сознания не терял. Домой дошел самостоятельно. Доставлен в стационар через 2 часа. Состояние тяжелое, АД 60/50, пульс 120 в минуту. В анализе крови Нв - 78 г/л, в общем анализе мочи эритроциты сплошь в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования
3. Лечебная тактика.

**Задача №2**

Ребенок 6 лет упал с велосипеда на бордюр, ударившись промежностью. При поступлении жалуется на боли в промежности, невозможность мочеиспускания. Объективно - определяется болезненность внизу живота, мочевой пузырь до пупка.

1. Ваш предположительный диагноз?

2)Дополнительные методы обследования?

3)Ваша тактика?

**Задача №3**

Ребенок 5 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу живота. При осмотре - в области промежности припухлость, пастозность тканей. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Из уретры выделятся кровь каплями.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
3. Ваша лечебная тактика.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Травма почки
2. Экскреторная урография, УЗИ
3. При ушибе почки - консервативное лечение, при разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Травма уретры.
2. Уретрография.
3. При разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.
2. Цистография.
3. Оперативное лечение.

**6. Перечень практических умений:**

1.Сбор и оценка анамнеза у больного

2.Выявление при клиническом обследовании общих и локальных симптомов заболевания.

3.Правильная оценка данных локального и общего статуса.

4.Определение наличия гематомы или урогематомы

5.Интерпритация типичных рентгенограмм при травме мочевыделительной системы

8.Интерпритация данных УЗИ, лабораторных методов исследования

9..Распознавание осложнений, определение мероприятий по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Травма мочевыделительной системы. Травма мочевого пузыря и уретры».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Когда происходит внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.

2.Когда происходит внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

3.Какой отдел уретры травмируется чаще и почему.

4.Показания к оперативному лечению при травмах мочевого пузыря.

5.Основные клинические симптомы травм уретры.

9.Основные клинические симптомы разрыва мочевого пузыря.

10.Что такое трехстаканная проба.

11.Методы диагностики травм мочевого пузыря.

12.Методы диагностики травм уретры.

13.Реабилитация больных с травмой мочевыделительной системы.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВНЕБРЮШИНЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ:
   1. При полном мочевом пузыре
   2. В следствии натяжения фиксирующих пузырь связок и внедрения в него костных фрагментов лонных костей
   3. В следствии высокого гидростатического давления при наполненном мочевом пузыре
   4. При ударе в спину
   5. При ударе промежности

2.АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК РАЗРЫВА ПОЧКИ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ

1. расширение полостной системы почки
2. симптом «указательного пальца»
3. полостная система почки не изменена
4. затек контраста за пределы полостной системы
5. гидрокаликоз

3. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ

1. боль внизу живота
2. отсутствие мочеиспускания
3. частое болезненное мочеиспускание
4. паравезикалная урогематома
5. уретроррагия

4. РАЗНООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НЕ ЗАВИСИТ:

1. от возраста ребенка
2. от механизма травмы
3. от степени дегидратации
4. от сопутствующих соматических заболеваний
5. от величины кровопотери

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. реоренография
2. цистоуретрография
3. цистоскопия
4. экскреторная урография
5. нефросцинтиграфия

6. ОДНО ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ

1. забрюшинная гематома
2. мочевой свищ
3. паранефрит
4. внутрибрюшное кровотечение
5. гидронефроз

7. ВНУТРИБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ

1. при опорожненном мочевом пузыре
2. при наполненном мочевом пузыре
3. вследствие натяжения фиксирующих пузырь связок
4. при прямом ударе
5. при непрямом ударе

8. ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕ МОЖЕ БЫТЬ:

1. Отсутствие мочеиспускания
2. Частое болезненное мочеиспускание малыми порциями
3. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации в нижних отделах живота
4. Припухлость над лоном и паховых областях
5. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга

9. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЮСТЕРА:

* 1. Ушиб почки
  2. Поверхностный разрыв коркового слоя, непроникающий
  3. Отрыв полюса почки
  4. Глубокий проникающий разрыв почки
  5. Все вышеуказанное верно

10. ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. Нарушением оттока мочи из лоханки - развитием гидронефроза
2. Урогематомой
3. Напряжением мышц поясничной области
4. Воспалительным процессом
5. спазмом сосудов

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 4
3. 5
4. 1
5. 4
6. 3
7. 2
8. 2
9. 5
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребенок упал с дерева, ударившись левым боком о камень. Сознания не терял. Домой дошел самостоятельно. Доставлен в стационар через 2 часа. Состояние тяжелое, АД 60/50, пульс 120 в минуту. В анализе крови Нв - 78 г/л, в общем анализе мочи эритроциты сплошь в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования
3. Лечебная тактика.

**Задача №2**

Ребенок 6 лет упал с велосипеда на бордюр, ударившись промежностью. При поступлении жалуется на боли в промежности, невозможность мочеиспускания. Объективно - определяется болезненность внизу живота, мочевой пузырь до пупка.

1. Ваш предположительный диагноз?

2)Дополнительные методы обследования?

3)Ваша тактика?

**Задача №3**

Ребенок 5 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу живота. При осмотре - в области промежности припухлость, пастозность тканей. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Из уретры выделятся кровь каплями.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
3. Ваша лечебная тактика.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Травма почки
2. Экскреторная урография, УЗИ
3. При ушибе почки - консервативное лечение, при разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Травма уретры.
2. Уретрография.
3. При разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.
2. Цистография.
3. Оперативное лечение.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Оценка данных локального и общего статуса.
3. Определение наличия гематомы или урогематомы
4. Интерпретация рентгенограмм при травме мочевыделительной системы
5. Интерпретация данных УЗИ, лабораторных методов исследования
6. Распознавание осложнений, определение мероприятий по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Травма мочевыделительной системы. Травма мочевого пузыря и уретры».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

-

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Показания к консервативному лечению травмы почек.

2.Показания к оперативному лечечнию травмы почек.

3.Виды оперативных вмешательтв при травме почек..

4.Консервативное и оперативное лечение травм мочевого пузыря

5.Лечение травм уретры.

6.Лечение травмы мочеточника.

7. Осложнения

8. Реабилитация больных с травмой мочевыделительной системы.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ВНЕБРЮШИНЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ:

* 1. При полном мочевом пузыре
  2. В следствии натяжения фиксирующих пузырь связок и внедрения в него костных фрагментов лонных костей
  3. В следствии высокого гидростатического давления при наполненном мочевом пузыре
  4. При ударе в спину
  5. При ударе промежности

2.АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК РАЗРЫВА ПОЧКИ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ

1. расширение полостной системы почки
2. симптом «указательного пальца»
3. полостная система почки не изменена
4. затек контраста за пределы полостной системы
5. гидрокаликоз

3. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ

1. боль внизу живота
2. отсутствие мочеиспускания
3. частое болезненное мочеиспускание
4. паравезикалная урогематома
5. уретроррагия

4. РАЗНООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НЕ ЗАВИСИТ:

1. от возраста ребенка
2. от механизма травмы
3. от степени дегидратации
4. от сопутствующих соматических заболеваний
5. от величины кровопотери

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1. реоренография
2. цистоуретрография
3. цистоскопия
4. экскреторная урография
5. нефросцинтиграфия

6. ОДНО ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ

1. забрюшинная гематома
2. мочевой свищ
3. паранефрит
4. внутрибрюшное кровотечение
5. гидронефроз

7. ВНУТРИБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ

1. при опорожненном мочевом пузыре
2. при наполненном мочевом пузыре
3. вследствие натяжения фиксирующих пузырь связок
4. при прямом ударе
5. при непрямом ударе

8. ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕ МОЖЕ БЫТЬ:

1. Отсутствие мочеиспускания
2. Частое болезненное мочеиспускание малыми порциями
3. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации в нижних отделах живота
4. Припухлость над лоном и паховых областях
5. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга

9. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЮСТЕРА:

1. Ушиб почки
2. Поверхностный разрыв коркового слоя, непроникающий
3. Отрыв полюса почки
4. Глубокий проникающий разрыв почки
5. Все вышеуказанное верно

10. ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. Нарушением оттока мочи из лоханки - развитием гидронефроза
2. Урогематомой
3. Напряжением мышц поясничной области
4. Воспалительным процессом
5. спазмом сосудов

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 4
3. 5
4. 1
5. 4
6. 3
7. 2
8. 2
9. 5
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребенок упал с дерева, ударившись левым боком о камень. Сознания не терял. Домой дошел самостоятельно. Доставлен в стационар через 2 часа. Состояние тяжелое, АД 60/50, пульс 120 в минуту. В анализе крови Нв - 78 г/л, в общем анализе мочи эритроциты сплошь в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования
3. Лечебная тактика.

**Задача №2**

Ребенок 6 лет упал с велосипеда на бордюр, ударившись промежностью. При поступлении жалуется на боли в промежности, невозможность мочеиспускания. Объективно - определяется болезненность внизу живота, мочевой пузырь до пупка.

1. Ваш предположительный диагноз?

2)Дополнительные методы обследования?

3)Ваша тактика?

**Задача №3**

Ребенок 5 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу живота. При осмотре - в области промежности припухлость, пастозность тканей. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Из уретры выделятся кровь каплями.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
3. Ваша лечебная тактика.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Травма почки
2. Экскреторная урография, УЗИ
3. При ушибе почки - консервативное лечение, при разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Травма уретры.
2. Уретрография.
3. При разрыве - оперативное лечение.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.
2. Цистография.
3. Оперативное лечение.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза
2. Оценка данных локального и общего статуса.
3. Определение наличия гематомы или урогематомы
4. Интерпретация рентгенограмм при травме мочевыделительной системы
5. Интерпретация данных УЗИ, лабораторных методов исследования
6. Распознавание осложнений, определение мероприятий по их устранению и профилактике.

**1.Тема: «Острые заболевания органов мошонки. Заболевания гидатиды. Клиника, диагностика, лечение.».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Назовите анатомо-физиологические особенности предрасполагающие к развитию острых заболеваний мошонки
2. Назовите основную симптоматику острых поражений гидатид.
3. Чем обусловлено возникновение острого поражения гидатид
4. Наиболее часто встречающиеся виды поражения гидатид
5. Дополнительные методы диагностики острых поражений гидатид органов мошонки.
6. Методы лечения
7. Реабилитация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД ОРГАНОВ МОШОНКИ:
2. Диафаноскопия
3. Рентгенография мошонки
4. УЗИ
5. Диагностическая пункция оболочек яичка
6. Уретерография
7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД:
8. Гиперемия, отек мошонки
9. Асимметрия мошонки
10. Резкая болезненность яичка при пальпации
11. Болезненное упругое опухолевидное образование в мошонке
12. все вешеуказанное верно
13. ИЗ ТРАВМ ЯИЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ:
14. Головка придатка
15. Разрыв в области верхнего полюса
16. Разрыв в средней части
17. Отрыв нижнего полюса
18. Размозжение яичка
19. ПРИ РАЗРЫВЕ ЯИЧКА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:
20. Отек и гиперемия мошонки
21. Болезненность яичка
22. Развитие гематоцеле
23. Распространение гематомы за пределы мошонки
24. Кожа мошонки не изменена
25. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГИДАТИД НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:
    1. Боли в области мошонки
    2. Болезненная пальпация пораженной гидатиды
    3. Просвечивание темно-синего, багрового или красного узла
    4. Болезненная пальпация яичка
    5. Локальная припухлость соответственно месту и размерам гидатиды
26. ОТЕКА И ГИПЕРИМИИ МОШОНКИ НЕТ ПРИ:
27. Орхит
28. Баланопостит
29. Эпидидимит
30. Гангрена Фурнье
31. Флебит семенного канатика
32. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОРХИТЕ И ОРХОЭПИДИДИМИТЕ:
    1. Гематогенный
    2. воздушно-капельный
    3. алиментарный
    4. аэро-бронхогенный
    5. мочевой
33. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЫВИХА ЯИЧКА (ДИСЛОКАЦИИ):
    1. Нетипичная локализация яичка
    2. болезненная пальпация яичка в мошонке
    3. гиперимия и отек мошонки
    4. увеличение мошонки в объеме
    5. увеличение в размерах яичка и придатка
34. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД ОРГАНОВ МОШОНКИ:
    1. Атрофия яичка на стороне поражения
    2. Флегмона мошонки
    3. Гематоцеле
    4. Хроническая водянка яичка
    5. все вышеуказанное верно
35. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВОРОТА ЯИЧКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
    1. все вышеуказанное верно
    2. отсуствие яичка в мошонке
    3. Резкая болезненность яичка при пальпации
    4. Утолщение семенного канатика
    5. Яичко в мошонке и по ходу пахового канала не определяется

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 3
2. 5
3. 5
4. 1
5. 2
6. 2
7. 1
8. 1
9. 5
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Мальчик 8 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом яичке, усиливающимися при ходьбе. Из анамнеза известно, что 2 дня назад во время игры в футбол получил удар в область промежности.

При поступлении состояние не тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. При осмотре обращает на себя внимание умеренный отек и гиперемия мошонки. При пальпации яичко равномерно увеличено в размерах, болезненное. Выпота в оболочки яичка нет.

В анализах мочи без патологии.

Анализ крови: Нв 118 г\л, эритроциты 3,9\*1012\л, лейкоциты 12,4\*10 9/л э 3%, п\я 1%, с\я 50%, л 45%, м 1%, СОЭ 8 мм\час.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования можно использовать?
3. Назначьте адекватное лечение.
4. Какие еще заболевания яичка можно отнести в эту же группу?
5. Осложнения данного заболевания.

**Задача №2**

Мальчик 12 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, боли в мошонке, повышение температуры до 39 градусов.

Из анамнеза известно, что накануне данного заболевания ребенок перенес эпидемический паротит. Состояние ухудшилось, температура повысилась до 39 градусов, появились боли в мошонке, слабость, недомогание.

При поступлении состояние средней тяжести, темперу тела 38,2 градуса.

Со стороны внутренних органов без ocoбенностей

При осмотре наружных половых органов определяется отек, гиперемия мошонки справа. При пальпации яичко увеличено в размерах, плотно-эластической консистенции, пальпация его резко болезненна.

В анализах мочи без патологии.

Анализ крови: Нв 116 г\л, эритроциты 3,9\*1012/л, лейкоциты 12,4\*109\л, э 3%, п\я 8%, с\я 50%, л 38%, м 1%, СОЭ 18 мм\час

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Причина развития данного заболевания.
3. Патогенез поражений тканей органа.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика данного заболевания.

**Задача №3**

Мальчик 7 лет, поступил с жалобами на боли в области левого яичка. Из анамнеза известно, что заболел накануне вечером, появилась тошнота, боли внизу живота, утром появились боли в левой половине мошонки, температура повысилась до 39 градусов. При поступлении состояние не тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре наружных половых органов обнаружен отек и слабо выраженная гиперемия тканей мошонки слева. Через кожу мошонки в области верхнего полюса «просвечивает» темно-синего цвета округлое образование до 0,5 см, при пальпации плотное, резко болезненное. В анализах крови и мочи без патологии.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
4. Лечение данного заболевания.
5. Реабилитация больных.

**Задача №4**

К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции.

1. Какова ваша тактика в ведении этого ребенка (обследование, лечение)
2. Ошибки на догоспитальном этапе
3. Методы фиксации опущенного яичка.
4. Осложнения крипторхизма
5. Дифференциальная диагностика.

**Задача №5**

На приеме мальчик 3-х лет. Мама ребенка жалуется на отсутствие одного яичка в мошонке. При уточнении анамнеза выяснено, что при профилактическом осмотре хирургом в 5 мес. возрасте никаких отклонений выявлено не было.

1. Какой диагноз Вы можете предположить?
2. Что сделаете для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика в лечении?
4. Причины вызвавшие атрофию яичка.
5. В каком возрасте показано протезирование?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Ушиб яичка.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Паротитный орхит справа.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Поражение гидатиды левого яичка.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Направить на оперативное лечение.
2. Неправильная тактика педиатра, детского хирурга в поликлинике, оперативное лечение показано до 2-х лет.
3. Операция Петревальского, Соколова, Торека-Герцена.
4. Атрофия яичка, рецедив, бесплодие, злокачественная опухоль яичка.
5. Опухоль яичка, пахово-мошоночная грыжа, паховой лимфаденит.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Атрофия яичка.
2. Ревизия пахового канала.
3. Наблюдение эндокринолога.
4. Воспалительные заболевания яичка, травма яичка, тромбоз сосудов яичка, инфекционный паротит.
5. Препубертатный и пубертатный период.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза у урологического больного
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Оценка развития наружных половых органов..
4. Диафаноскопия
5. Катетеризация мочевого пузыря
6. Цистоскопия
7. Калибровка уретры
8. Выведение мочи при острой задержке
9. Интерпретация анализов крови
10. Интерпретация анализов мочи
11. Чтение рентгенограмм
12. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
13. Интерпретация данных УЗИ
14. Определение дальнейшей тактики ведения больного и назначение лечения.

**1.Тема: «Острые заболевания органов мошонки. Заворот яичка и семенного канатика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Чем обусловлено возникновение остро возникшей водянки оболочек яичек и семенного канатика?

2.Клинические проявления заворота яичка у новорожденных и детей раннего возраста в первые сутки заболевания

3.Клинические проявления острых поражений гидатид органов мошонки в период разгара болезни

4.Наиболее часто встречающиеся виды разрыва яичка

5. Варианты заворота яичка

6. Методы диагностики

7. Методы лечения

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД ОРГАНОВ МОШОНКИ:
2. Диафаноскопия
3. Рентгенография мошонки
4. УЗИ
5. Диагностическая пункция оболочек яичка
6. Уретерография
7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД:
8. Гиперемия, отек мошонки
9. Асимметрия мошонки
10. Резкая болезненность яичка при пальпации
11. Болезненное упругое опухолевидное образование в мошонке
12. все вешеуказанное верно
13. ИЗ ТРАВМ ЯИЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ:
14. Головка придатка
15. Разрыв в области верхнего полюса
16. Разрыв в средней части
17. Отрыв нижнего полюса
18. Размозжение яичка
19. ПРИ РАЗРЫВЕ ЯИЧКА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:
20. Отек и гиперемия мошонки
21. Болезненность яичка
22. Развитие гематоцеле
23. Распространение гематомы за пределы мошонки
24. Кожа мошонки не изменена
25. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГИДАТИД НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:
26. Боли в области мошонки
27. Болезненная пальпация пораженной гидатиды
28. Просвечивание темно-синего, багрового или красного узла
29. Болезненная пальпация яичка
30. Локальная припухлость соответственно месту и размерам гидатиды
31. ОТЕКА И ГИПЕРИМИИ МОШОНКИ НЕТ ПРИ:
32. Орхит
33. Баланопостит
34. Эпидидимит
35. Гангрена Фурнье
36. Флебит семенного канатика
37. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОРХИТЕ И ОРХОЭПИДИДИМИТЕ:
38. Гематогенный
39. воздушно-капельный
40. алиментарный
41. аэро-бронхогенный
42. мочевой
43. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЫВИХА ЯИЧКА (ДИСЛОКАЦИИ):
    1. Нетипичная локализация яичка
    2. болезненная пальпация яичка в мошонке
    3. гиперимия и отек мошонки
    4. увеличение мошонки в объеме
    5. увеличение в размерах яичка и придатка
44. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГИДАТИД ОРГАНОВ МОШОНКИ:
45. Атрофия яичка на стороне поражения
46. Флегмона мошонки
47. Гематоцеле
48. Хроническая водянка яичка
49. все вышеуказанное верно
50. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВОРОТА ЯИЧКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
    1. все вышеуказанное верно
    2. отсуствие яичка в мошонке
    3. Резкая болезненность яичка при пальпации
    4. Утолщение семенного канатика
    5. Яичко в мошонке и по ходу пахового канала не определяется

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 3
2. 5
3. 5
4. 1
5. 2
6. 2
7. 1
8. 1
9. 5
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Мальчик 8 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом яичке, усиливающимися при ходьбе. Из анамнеза известно, что 2 дня назад во время игры в футбол получил удар в область промежности.

При поступлении состояние не тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. При осмотре обращает на себя внимание умеренный отек и гиперемия мошонки. При пальпации яичко равномерно увеличено в размерах, болезненное. Выпота в оболочки яичка нет.

В анализах мочи без патологии.

Анализ крови: Нв 118 г\л, эритроциты 3,9\*1012\л, лейкоциты 12,4\*10 9/л э 3%, п\я 1%, с\я 50%, л 45%, м 1%, СОЭ 8 мм\час.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования можно использовать?
3. Назначьте адекватное лечение.
4. Какие еще заболевания яичка можно отнести в эту же группу?
5. Осложнения данного заболевания.

**Задача №2**

Мальчик 12 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, боли в мошонке, повышение температуры до 39 градусов.

Из анамнеза известно, что накануне данного заболевания ребенок перенес эпидемический паротит. Состояние ухудшилось, температура повысилась до 39 градусов, появились боли в мошонке, слабость, недомогание.

При поступлении состояние средней тяжести, темперу тела 38,2 градуса.

Со стороны внутренних органов без ocoбенностей

При осмотре наружных половых органов определяется отек, гиперемия мошонки справа. При пальпации яичко увеличено в размерах, плотно-эластической консистенции, пальпация его резко болезненна.

В анализах мочи без патологии.

Анализ крови: Нв 116 г\л, эритроциты 3,9\*1012/л, лейкоциты 12,4\*109\л, э 3%, п\я 8%, с\я 50%, л 38%, м 1%, СОЭ 18 мм\час

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Причина развития данного заболевания.
3. Патогенез поражений тканей органа.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика данного заболевания.

**Задача №3**

Мальчик 7 лет, поступил с жалобами на боли в области левого яичка. Из анамнеза известно, что заболел накануне вечером, появилась тошнота, боли внизу живота, утром появились боли в левой половине мошонки, температура повысилась до 39 градусов. При поступлении состояние не тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре наружных половых органов обнаружен отек и слабо выраженная гиперемия тканей мошонки слева. Через кожу мошонки в области верхнего полюса «просвечивает» темно-синего цвета округлое образование до 0,5 см, при пальпации плотное, резко болезненное. В анализах крови и мочи без патологии.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
4. Лечение данного заболевания.
5. Реабилитация больных.

**Задача №4**

К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции.

1. Какова ваша тактика в ведении этого ребенка (обследование, лечение)
2. Ошибки на догоспитальном этапе
3. Методы фиксации опущенного яичка.
4. Осложнения крипторхизма
5. Дифференциальная диагностика.

**Задача №5**

На приеме мальчик 3-х лет. Мама ребенка жалуется на отсутствие одного яичка в мошонке. При уточнении анамнеза выяснено, что при профилактическом осмотре хирургом в 5 мес. возрасте никаких отклонений выявлено не было.

1. Какой диагноз Вы можете предположить?
2. Что сделаете для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика в лечении?
4. Причины вызвавшие атрофию яичка.
5. В каком возрасте показано протезирование?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Ушиб яичка.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Паротитный орхит справа.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Поражение гидатиды левого яичка.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. Направить на оперативное лечение.
2. Неправильная тактика педиатра, детского хирурга в поликлинике, оперативное лечение показано до 2-х лет.
3. Операция Петревальского, Соколова, Торека-Герцена.
4. Атрофия яичка, рецедив, бесплодие, злокачественная опухоль яичка.
5. Опухоль яичка, пахово-мошоночная грыжа, паховой лимфаденит.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Атрофия яичка.
2. Ревизия пахового канала.
3. Наблюдение эндокринолога.
4. Воспалительные заболевания яичка, травма яичка, тромбоз сосудов яичка, инфекционный паротит.
5. Препубертатный и пубертатный период.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза у урологического больного
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Оценка развития наружных половых органов..
4. Диафаноскопия
5. Катетеризация мочевого пузыря
6. Цистоскопия
7. Калибровка уретры
8. Выведение мочи при острой задержке
9. Интерпретация анализов крови
10. Интерпретация анализов мочи
11. Чтение рентгенограмм
12. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
13. Интерпретация данных УЗИ
14. Определение дальнейшей тактики ведения больного и назначение лечения.

**1.Тема: «Малая урология» Крипторхизм. Варикоцеле**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Классификация крипторхизма

2. Классификация эктопий

3.Классификация аномалий яичек Горелика

4.Причины задержки опускания яичка

5.Локальный статус при одностороннем крипторхизме

6.Сроки оперативного лечения крипторхизма

7.Принцип фиксации яичка по Тореку-Герцену

8.Способ фиксации яичка по Петривальскому

9.Методы лечения

10.Принципы реабилитации и диспансеризация больных с, крипторхизмом, варикоцеле, гидроцеле.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ НИЗВЕДЕННОГО ЯИЧКА ПРИКРИПТОРХИЗМЕ

1. Торека-Герцена-Китли, Ру-Краснобаева, Петривальского
2. Торека-Герцена-Китли, Петривальского, Соколова, Шумахера
3. Торека-Герцена-Китли, Шумахера, Мартынова
4. Петривальского, Соколова, Мартынова
5. Петривальского, Мартынова, Ру-Краснобаева
6. ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ ОПУСКАНИЯ ЯИЧКА:
7. Недостаточное развитие влагалищного отростка брюшины
8. Воспалительный процесс по ходу пахового канала
9. Узость внутреннего и наружного паховых колец
10. Укорочение кремастерной мышцы
11. все вышеуказанное верно

3. ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ:

1. В 6 лет
2. У новорожденных
3. В 6 месяцев
4. До 2 лет.
5. До 10 лет

4. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ**:**

1. паховая
2. лобковая
3. бедренная
4. промежностная
5. перекрестная

5. ПРИ ЭКТОПИИ ЯИЧКО НЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

* 1. паховая
  2. лобковая
  3. бедренная
  4. промежностная
  5. перекрестная

6. ПРИ ГИПОСПАДИИ ТИПА ХОРДЫ НЕТ ПРИЗНАКА

* 1. искривление полового члена
  2. мочеиспускание по мужскому типу
  3. меатальный стеноз
  4. нормальное расположение меатуса
  5. недержание мочи

7. ЧТО ТАКОЕ ФИМОЗ?

1. воспаление крайней плоти
2. сужение крайней плоти
3. ущемление головки полового члена
4. грибковое поражение крайней плоти
5. отек крайней плоти

8. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. 1-2 года
  2. 3-5 лет
  3. 6-8 лет
  4. в пубертатном периоде
  5. по установлению диагноза

9. ПРОВЕДЕНИЕ КРАСОЧНОЙ ПРОБЫ (ВВЕДЕНИЕ ИНДИГОКАРМИНА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ) ИМЕЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

* + 1. при нейрогенном мочевом пузыре
    2. при ночном недержании мочи
    3. при эктопии устья добавочного мочеточника
    4. при эписпадии
    5. при клапане задней уретры

10. ДЛЯ МОШОНОЧНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ ХАРАКТЕРНО

1. искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, дистопия меатуса на мошонку
2. искривление полового члена, дистопия меатуса на мошонку, недержание мочи
3. искривление полового члена, мочеиспускание по женскому типу, дистопия меатуса на мошонку
4. искривление полового члена, нормальное расположение меатуса, недержание мочи
5. искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, недержание мочи

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 5
3. 5
4. 1
5. 1
6. 2
7. 5
8. 3
9. 3
10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции.

1)Какова ваша тактика в ведении этого ребенка (обследование, лечение)

2)Ошибки на догоспитальном этапе

3)Методы фиксации опущенного яичка.

4)Осложнения крипторхизма

5)Дифференциальная диагностика.

**Задача №2**

На приеме мальчик 3-х лет. Мама ребенка жалуется на отсутствие одного яичка в мошонке. При уточнении анамнеза выяснено, что при профилактическом осмотре хирургом в 5 мес. возрасте никаких отклонений выявлено не было.

1) Какой диагноз Вы можете предположить?

2) Что сделаете для уточнения диагноза?

3) Ваша тактика в лечении?

4)Причины вызвавшие атрофию яичка.

5)В каком возрасте показано протезирование?

**Задача №3**

В приемный покой доставлен ребенок 1,5 лет, который беспокоится (плачет), держится ручкой за правую половину живота. Из беседы с родителями стало известно, что с 6 месячного возраста у мальчика диагностировали правосторонний крипторхизм в форме паховой ретенции ребенок не лечился. Два часа назад мальчик начал беспокоиться, жаловаться на боли внизу живота справа.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша дальнейшая тактика?
3. Какие осложнения у данной патологии?
4. Причины, вызвавшие данную патологию?
5. Реабилитация.

**Задача №4**

На прием явился ребенок 2,5 лет у которого имеется паховая ретенция правого яичка. Лечение мальчик не получал. При беседе с мамой выяснилось что ребенок иногда жалуется на боли в правой паховой области, которые самостоятельно исчезают

1. Ваша тактика?
2. Чем обусловлены боли?
3. Методы фиксации неизведенного яичка?
4. Возможные осложнения заболевания?
5. Реабилитация.

**Задача №5**

К вам обратились родители мальчика 5 лет, при осмотре которого вы обнаружили отсутствие обоих яичек в мошонке, в паховых областях, а также наличие мошоночной формы гипоспадии.

1. Ваш предполагаемый диагноз,
2. Дальнейшие действия?
3. Необходимые методы обследования?
4. Рекомендации?
5. Реабилитация.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Направить на оперативное лечение.
2. Неправильная тактика педиатра, детского хирурга в поликлинике, оперативное лечение показано до 2-х лет.
3. Операция Петревальского, Соколова, Торека-Герцена.
4. Атрофия яичка, рецедив, бесплодие, злокачественная опухоль яичка.
5. Опухоль яичка, пахово-мошоночная грыжа, паховой лимфаденит.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Атрофия яичка.
2. Ревизия пахового канала.
3. Наблюдение эндокринолога.
4. Воспалительные заболевания яичка, травма яичка, тромбоз сосудов яичка, инфекционный паротит.
5. Препубертатный и пубертатный период.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Ущемление яичка в паховом канале
2. Оперативное лечение
3. Некроз яичка, флегмона яичка.
4. Перекрут семенного канатика, тромбоз яичковой артерии.
5. Наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.

**Эталон ответа к задаче №4**

* 1. Необходимо оперативное лечение
  2. Периодическое ущемление яичка, ишемия яичка, травма яичка.
  3. Операции Торека-Герцена, Петривальского, Соколова, Шумахера
  4. Атрофия яичка, некроз яичка.
  5. Наблюдение уролога-андролога, эндокринолога.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Анархизм.Гермафродитизм.
2. Обследование уролога-андролога, эндокринолога.
3. Определение 17-КС, УЗИ орагнов малого таза, пельвиопневмография, лапароскопия.
4. Оперативное лечение гипоспадии, заместительная терапия (при определении пола)
5. Протезирование и наблюдение психоневролога.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Определение наличия яичка по ходу пахового канала.
4. Диафаноскопия
5. Катетеризация мочевого пузыря
6. Калибровка уретры
7. Выведение мочи при острой задержке
8. Интерпретация анализов крови
9. Интерпретация анализов мочи
10. Чтение рентгенограмм
11. Интерпретация данных радиоизотопного исследования
12. Интерпретация данных УЗИ
13. Определение дальнейшей тактики ведения больного и назначение лечения
14. Операции при крипторхизме и варикоцеле

**1.Тема: «Малая урология» Патология крайне плоти.**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Эмбриогенез крайней плоти

2.Синехии в области головки полового члена

3.Клинические проявления гипертрофического фимоза

4.Клинические проявления баланопостита

5.Лечение фимоза

6.Лечение баланопостита

7.Лечение грибкового поражения крайней плоти

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ НИЗВЕДЕННОГО ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ

1. Торека-Герцена-Китли, Ру-Краснобаева, Петривальского
2. Торека-Герцена-Китли, Петривальского, Соколова, Шумахера
3. Торека-Герцена-Китли, Шумахера, Мартынова
4. Петривальского, Соколова, Мартынова
5. Петривальского, Мартынова, Ру-Краснобаева
6. ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ ОПУСКАНИЯ ЯИЧКА:
7. Недостаточное развитие влагалищного отростка брюшины
8. Воспалительный процесс по ходу пахового канала
9. Узость внутреннего и наружного паховых колец
10. Укорочение кремастерной мышцы
11. все вышеуказанное верно

3. ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ:

1. В 6 лет
2. У новорожденных
3. В 6 месяцев
4. До 2 лет.
5. До 10 лет

4. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ**:**

1. паховая
2. лобковая
3. бедренная
4. промежностная
5. перекрестная

5. ПРИ ЭКТОПИИ ЯИЧКО НЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

1. паховая
2. лобковая
3. бедренная
4. промежностная
5. перекрестная

6. ПРИ ГИПОСПАДИИ ТИПА ХОРДЫ НЕТ ПРИЗНАКА

1. искривление полового члена
2. мочеиспускание по мужскому типу
3. меатальный стеноз
4. нормальное расположение меатуса
5. недержание мочи

7. ЧТО ТАКОЕ ФИМОЗ?

1. воспаление крайней плоти
2. сужение крайней плоти
3. ущемление головки полового члена
4. грибковое поражение крайней плоти
5. отек крайней плоти

8. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. 1-2 года
  2. 3-5 лет
  3. 6-8 лет
  4. в пубертатном периоде
  5. по установлению диагноза

9. ПРОВЕДЕНИЕ КРАСОЧНОЙ ПРОБЫ (ВВЕДЕНИЕ ИНДИГОКАРМИНА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ) ИМЕЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

* + 1. при нейрогенном мочевом пузыре
    2. при ночном недержании мочи
    3. при эктопии устья добавочного мочеточника
    4. при эписпадии
    5. при клапане задней уретры

10. ДЛЯ МОШОНОЧНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ ХАРАКТЕРНО

1. искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, дистопия меатуса на мошонку
2. искривление полового члена, дистопия меатуса на мошонку, недержание мочи
3. искривление полового члена, мочеиспускание по женскому типу, дистопия меатуса на мошонку
4. искривление полового члена, нормальное расположение меатуса, недержание мочи
5. искривление полового члена, мочеиспускание по мужскому типу, недержание мочи

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 5
3. 5
4. 1
5. 1
6. 2
7. 5
8. 3
9. 3
10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции.

1)Какова ваша тактика в ведении этого ребенка (обследование, лечение)

2)Ошибки на догоспитальном этапе

3)Методы фиксации опущенного яичка.

4)Осложнения крипторхизма

5)Дифференциальная диагностика.

**Задача №2**

На приеме мальчик 3-х лет. Мама ребенка жалуется на отсутствие одного яичка в мошонке. При уточнении анамнеза выяснено, что при профилактическом осмотре хирургом в 5 мес. возрасте никаких отклонений выявлено не было.

1) Какой диагноз Вы можете предположить?

2) Что сделаете для уточнения диагноза?

3) Ваша тактика в лечении?

4)Причины вызвавшие атрофию яичка.

5)В каком возрасте показано протезирование?

**Задача №3**

В приемный покой доставлен ребенок 1,5 лет, который беспокоится (плачет), держится ручкой за правую половину живота. Из беседы с родителями стало известно, что с 6 месячного возраста у мальчика диагностировали правосторонний крипторхизм в форме паховой ретенции ребенок не лечился. Два часа назад мальчик начал беспокоиться, жаловаться на боли внизу живота справа.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша дальнейшая тактика?
3. Какие осложнения у данной патологии?
4. Причины, вызвавшие данную патологию?
5. Реабилитация.

**Задача №4**

На прием явился ребенок 2,5 лет у которого имеется паховая ретенция правого яичка. Лечение мальчик не получал. При беседе с мамой выяснилось что ребенок иногда жалуется на боли в правой паховой области, которые самостоятельно исчезают

1. Ваша тактика?
2. Чем обусловлены боли?
3. Методы фиксации неизведенного яичка?
4. Возможные осложнения заболевания?
5. Реабилитация.

**Задача №5**

К вам обратились родители мальчика 5 лет, при осмотре которого вы обнаружили отсутствие обоих яичек в мошонке, в паховых областях, а также наличие мошоночной формы гипоспадии.

1. Ваш предполагаемый диагноз,
2. Дальнейшие действия?
3. Необходимые методы обследования?
4. Рекомендации?
5. Реабилитация.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. Направить на оперативное лечение.
2. Неправильная тактика педиатра, детского хирурга в поликлинике, оперативное лечение показано до 2-х лет.
3. Операция Петревальского, Соколова, Торека-Герцена.
4. Атрофия яичка, рецедив, бесплодие, злокачественная опухоль яичка.
5. Опухоль яичка, пахово-мошоночная грыжа, паховой лимфаденит.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. Атрофия яичка.
2. Ревизия пахового канала.
3. Наблюдение эндокринолога.
4. Воспалительные заболевания яичка, травма яичка, тромбоз сосудов яичка, инфекционный паротит.
5. Препубертатный и пубертатный период.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Ущемление яичка в паховом канале
2. Оперативное лечение
3. Некроз яичка, флегмона яичка.
4. Перекрут семенного канатика, тромбоз яичковой артерии.
5. Наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.

**Эталон ответа к задаче №4**

* 1. Необходимо оперативное лечение
  2. Периодическое ущемление яичка, ишемия яичка, травма яичка.
  3. Операции Торека-Герцена, Петривальского, Соколова, Шумахера
  4. Атрофия яичка, некроз яичка.
  5. Наблюдение уролога-андролога, эндокринолога.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Анархизм.Гермафродитизм.
2. Обследование уролога-андролога, эндокринолога.
3. Определение 17-КС, УЗИ орагнов малого таза, пельвиопневмография, лапароскопия.
4. Оперативное лечение гипоспадии, заместительная терапия (при определении пола)
5. Протезирование и наблюдение психоневролога.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Пальпация почек, мочеточников и их точек, мочевого пузыря, органов мошонки, паховых колец.
3. Определение наличия яичка по ходу пахового канала.
4. Диафаноскопия
5. Катетеризация мочевого пузыря
6. Калибровка уретры
7. Выведение мочи при острой задержке
8. Интерпретация анализов крови
9. Интерпретация анализов мочи
10. Чтение рентгенограмм
11. Интерпретация данных УЗИ
12. Определение дальнейшей тактики ведения больного и назначение лечения
13. Операции при крипторхизме и варикоцеле

**1.Тема: «Грыжи передней брюшной стенки. Пупочная грыжа. Параумбиликальная грыжа»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1.Этиология и патогенез пупочной грыжи.

2.Клинические симптомы пупочной грыжи.

3.Основные методы оперативного лечения пупочной грыжи.

4.Послеоперационные осложнения.

5.Диспансерное наблюдение за больными детьми после перенесенных

операций по поводу грыж передней брюшной стенки.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ

а) у девочек

б) у мальчиков

в) у детей обоих полов

г) у взрослых людей

д) у стариков

2. В КАКОЙ ЧАСТИ ПУПОЧНОЕ КОЛЬЦО ЗАМЫКАЕТСЯ ПЛОТНО

а) в нижней части

б) в верхней части

в) в правой боковой части

г) в левой боковой части

д) все верно

3. ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ПЛОТНОСТЬ ЗАМЫКАНИЯ ЧАСТИ ПУПОЧНОГО КОЛЬЦА

а) прохождением пупочной вены и артерии

б) прохождением пупочных артерий и урахуса

в) прохождением желточного протока и урахуса

г) прохождением урахуса и пупочной вены

д) все верно

4. ПОЧЕМУ ВЕРХНИЙ ОТДЕЛ ПУПОЧНОГО КОЛЬЦА БЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНО СЛАБЕЕ НИЖНЕГО

а) проходит пупочная вена, не имеющая мышечной оболочки и недоразвитая брюшная фасция закрывает пупочное кольцо только частично

б) проходит урахус

в) проходят пупочные артерии, имеющие мышечную оболочку

г) все верно

д) все неверно

5. КАКОВА КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

а) выпячивание округлой или овальной формы между пупком и мечевидным отростком

б) выпячивание округлой или овальной формы в районе пупочного кольца в спокойном состоянии и в положении лежа хорошо вправляющееся в брюшную полость

в) выпячивание вправляется плохо вне зависимости от состояния и положения

г) все верно

д) все неверно

6. С ЧЕМ СВЯЗАНО САМОИЗЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ?

а) с развитием брюшного пресса

б) с увеличением размеров кишечника

в) с зарастанием пупочной ранки

г) с замыканием пупочного кольца

д) с увеличением емкости брюшной полости

7. РАССТАВЬТЕ ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ, ПОМЕНЯВ В НУЖНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПУНКТЫ:

а) вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость

б) полулунный разрез по основанию грыжевого выпячивания снизу или сбоку

в) вскрытие и ревизия грыжевого мешка

г) прошивание шейки и ее перевязка

д) выделение шейки грыжевого мешка

е) погружение культи грыжевого мешка под апоневроз, пластика апоневроза

ж) отсечение грыжевого мешка

з) наложение швов на кожу

8. НАЗОВИТЕ ВОЗРАСТ, К КОТОРОМУ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ САМОИЗЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

а) к 1 месяцу жизни

б) к 6 месяцам

в) к 1-2 годам

г) к 5 годам

д) к 10 годам

9. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

а) гиперемия передней брюшной стенки в области пупка

б) наличие невправляющегося болезненного выпячивания в области пупка

в) гнойное отделяемое из пупочной ранки

г) мягкой консистенции образование в области пупка

д) в горизонтальном положении пальпируется пупочное кольцо

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. а

2. а

3. б

4. а

5. б

6. г

7. б, д, а, в, г, ж, е, з

8. в

9. б

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У мальчика с врождённым пороком сердца бледного типа 2 часа назад на фоне беспокойства и вздутия живота появилось болезненное опухолевидное образование, которое располагается выше пупартовой связки, перкуторно над ним выявляется тимпанит. При пальпации данное образование имеет тугоэластическую консистенцию, кожа над ним не изменена.

Задания:

1. Какие заболевания могут соответствовать данной клинической картине?

2. Какие методы исследования могут помочь провести дифференциальную диагностику?

3. Укажите метод лечения.

4. Укажите возможные осложнения.

5. Назовите методы профилактики.

**Задача № 2**

В приёмный покой детской хирургии доставлен ребёнок 10 месяцев с жалобами на беспокойство, наличие болезненного выпячивания в правой паховой области. Давность заболевания 16 часов. Параметры гомеостаза не изменены. Над опухолевым образованием имеются гиперемия и отёк тканей.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Выберите тактику лечения.

3. Какая предоперационная подготовка нужна больному?

4. Тактика ведения ребёнка после выписки из стационара?

5. Укажите методы профилактики.

**Задача № 3**

На приём к врачу обратились родители с ребёнком 2 лет с жалобами на выраженную боль в левой паховой области, иррадиирующую в левую половину мошонки, беспокойство ребёнка. Указанные жалобы появились у мальчика 6 часов назад. При осмотре обнаружен отек и гиперемия левой половины мошонки, яичко слева плотное, болезненное, от него в проекцию наружного пахового кольца отходит плотный болезненный тяж. Наружное паховое кольцо пропальпировать не удается.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы исследования могут помочь в диагностике

3. Выберите метод лечения

4. Какие осложнения возможны при неверной тактике?

5. Реабилитация после выписки.

**Задача № 4**

В приёмный покой ДХО доставлен мальчик 8 месяцев в сопровождении родителей. Жалобы матери на выраженное беспокойство ребёнка в течение 1 часа, наличие опухолевидного образования в левой паховой области, однократную рвоту. Со слов матери, стул был однократно, обычного цвета, консистенции, газы отходят, мочится самостоятельно, достаточно. За 3 дня до описанных жалоб ребёнок перенёс ОРВИ.

Объективно: Ребёнок в сознании, выражена двигательная активность, кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые, обычной влажности, температура тела 36°,8 С. Носовое дыхание сохранено, в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 32 в 1 минуту. Гемодинамические показатели в пределах нормы.

Живот обычной формы, в левой паховой области отмечается опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, размерами 2,0×3,5 см, не спаяно с окружающими тканями, кожа не изменена, перкуторно над ним выявляется тимпанит, пальпаторно данное образование уменьшается (вправляется в брюшную полость).

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какой объем неотложной помощи необходимо оказать ребенку.

3. В каком случае показано оперативное лечение?

4. Какую операцию необходимо выбрать?

5. План послеоперационного ведения.

**Задача № 5**

При профилактическом осмотре в поликлинике у ребёнка 5 лет выявлено опухолевидное образование в области пупочного кольца размером до 1,0 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, легко вправляется в брюшную полость, кожа над ним не изменена, симптом «кашлевого толчка» положительный, пупочное кольцо расширено до 0,7 см.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Какое лечение показано в данной ситуации?

3. Возможные осложнения.

4. Назначьте лечение в послеоперационном периоде.

5. Методы профилактики.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Лимфоаденит, остроразвившаяся ущемленная паховая грыжа.

2. Пальпация, перкуссия, УЗИ.

3. Оперативный.

4. Некроз, перфорация, перитонит.

5. Профилактика ситуаций связанных с повышением внутрибрюшного давления (запоры и т. д.).

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Ущемлённая паховая грыжа справа.

2. Тактика - оперативное лечение в экстренном порядке.

3. Очистительная клизма, премедикация.

4. После выписки из стационара: физиолечение, местное лечение,

наблюдение хирурга по месту жительства.

5. Общеукрепляющие процедуры, профилактика запоров.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Перекрут семенного канатика слева.

2. УЗИ

3. Экстренная операция под наркозом.

4. Некроз яичка

5. После выписки из стационара: наблюдение хирурга по месту жительства. УЗИ яичек через 6 месяцев.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: левосторонняя паховая грыжа.

2. Не требуется.

3. Оперативное лечение в плановом порядке.

4. Грыжесечение с пластикой по Ру - Краснобаеву.

5. После выписки из стационара: физиолечение, местное лечение,

наблюдение хирурга по месту жительства.

**К задаче №5:**

1. Пупочная грыжа.

2. Оперативное лечение - ушивание пупочного кольца.

3. Ущемление петель кишечника

4. Местное лечение, физиолечение, ограничение физической нагрузки на месяц, наблюдение хирурга по месту жительства.

5. Ношение бандажа в возрасте до 2.5 лет.

**6. Перечень практических умений:**

1.Пальпация и аускультация живота,

2.Пальпация передней брюшной стенки,

3.Пальпация пупочного кольца,

4.Пальпация грыжевого содержимого,

5.Диафаноскопия,

6.Определение кашлевого толчка,

7.Перевязка больного.

8.Грыжесечение при ущемленных грыжах.

9. Операции при неосложненных грыжах передней брюшной стенки

**1.Тема: «Грыжи передней брюшной стенки Паховые и пахово-мошоночные грыжи. Бедренные грыжи**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиология и патогенез паховых грыж.
2. Клинические симптомы паховых грыж.
3. Основные методы оперативного лечения паховых грыж.
4. Этиология и патогенез грыж белой линии живота.
5. Основные клинические проявления грыж белой линии живота.
6. Основные способы оперативного лечения грыж белой линии живота.
7. Послеоперационные осложнения.
8. Диспансерное наблюдение за больными детьми после перенесенных операций по поводу грыж передней брюшной стенки.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 6-12 месяцев
2. 1-3 лет
3. 3-7 лет
4. 7-15 лет
5. сразу после установления диагноза

2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

1. лейкопластырная повязка на брюшную стенку с созданием складок в области пупочного кольца
2. лейкопластырная повязка с «пелотом» на область пупочного кольца
3. массаж брюшной стенки
4. выкладывание ребенка на живот
5. лечебная гимнастика

3. ТЕРМИН «ВРОЖДЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА»- ЭТО ПОНЯТИЕ

1. возрастное
2. клиническое
3. анатомическое
4. синтопическое
5. операционное

4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение внутрибрюшного давления
2. слабость мышц передней брюшной стенки
3. дисплазия соединительной ткани
4. родовая травма
5. воспалительные заболевания передней брюшной стенки

5. ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ПОКАЗАНА

1. до 1 года
2. от 2 до 6 лет
3. в 7-10 лет
4. 10-15 лет
5. сразу после установления диагноза

6. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГРЫЖИ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА СВЯЗАНО

1. с нарушением координации роста брюшной полости, роста кишечной трубки и поворота кишечника
2. с повышенным давлением в брюшной полости
3. с короткой пуповиной
4. с патологией родов
5. с необлитерацией желточного протока

7. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У МАЛЬЧИКОВ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

1. рецидив грыжи
2. высокое стояние яичка, его атрофия
3. парафимоз
4. водянка оболочек яичка
5. болевой синдром

8. УКАЖИТЕ КАКИЕ ГРЫЖИ НЕ ОТНОСЯТСЯ К БЕДРЕННЫМ

* 1. косые
  2. образующиеся в сосудистой лакуне
  3. грыжи лакунарной связки
  4. прямые
  5. входящие в полость мышечной лакуны

9. ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ

1. у девочек
2. у мальчиков
3. у детей обоих полов
4. у взрослых людей
5. у стариков

10. УКАЖИТЕ СИМПТОМ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ

1. гиперемия передней брюшной стенки в области пупка
2. наличие невправляющегося болезненного выпячивания в области пупка
3. гнойное отделяемое из пупочной ранки
4. мягкой консистенции образование в области пупка
5. в горизонтальном положении пальпируется пупочное кольцо

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

* 1. 1
  2. 3
  3. 3
  4. 4
  5. 1
  6. 3
  7. 2
  8. 2
  9. 2
  10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У мальчика с врождённым пороком сердца бледного типа 2 часа назад на фоне беспокойства и вздутия живота появилось болезненное опухолевидное образование, которое располагается выше пупартовой связки, перкуторно над ним выявляется тимпанит. При пальпации данное образование имеет тугоэластическую консистенцию, кожа над ним не изменена.

Задания:

1. Какие заболевания могут соответствовать данной клинической картине?

2. Какие методы исследования могут помочь провести дифференциальную диагностику?

3. Укажите метод лечения.

4. Укажите возможные осложнения.

5. Назовите методы профилактики.

**Задача № 2**

В приёмный покой детской хирургии доставлен ребёнок 10 месяцев с жалобами на беспокойство, наличие болезненного выпячивания в правой паховой области. Давность заболевания 16 часов. Параметры гомеостаза не изменены. Над опухолевым образованием имеются гиперемия и отёк тканей.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Выберите тактику лечения.

3. Какая предоперационная подготовка нужна больному?

4. Тактика ведения ребёнка после выписки из стационара?

5. Укажите методы профилактики.

**Задача № 3**

На приём к врачу обратились родители с ребёнком 2 лет с жалобами на выраженную боль в левой паховой области, иррадиирующую в левую половину мошонки, беспокойство ребёнка. Указанные жалобы появились у мальчика 6 часов назад. При осмотре обнаружен отек и гиперемия левой половины мошонки, яичко слева плотное, болезненное, от него в проекцию наружного пахового кольца отходит плотный болезненный тяж. Наружное паховое кольцо пропальпировать не удается.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы исследования могут помочь в диагностике

3. Выберите метод лечения

4. Какие осложнения возможны при неверной тактике?

5. Реабилитация после выписки.

**Задача № 4**

В приёмный покой ДХО доставлен мальчик 8 месяцев в сопровождении родителей. Жалобы матери на выраженное беспокойство ребёнка в течение 1 часа, наличие опухолевидного образования в левой паховой области, однократную рвоту. Со слов матери, стул был однократно, обычного цвета, консистенции, газы отходят, мочится самостоятельно, достаточно. За 3 дня до описанных жалоб ребёнок перенёс ОРВИ.

Объективно: Ребёнок в сознании, выражена двигательная активность, кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые, обычной влажности, температура тела 36°,8 С. Носовое дыхание сохранено, в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 32 в 1 минуту. Гемодинамические показатели в пределах нормы.

Живот обычной формы, в левой паховой области отмечается опухолевидное образование мягко-эластической консистенции, размерами 2,0×3,5 см, не спаяно с окружающими тканями, кожа не изменена, перкуторно над ним выявляется тимпанит, пальпаторно данное образование уменьшается (вправляется в брюшную полость).

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какой объем неотложной помощи необходимо оказать ребенку.

3. В каком случае показано оперативное лечение?

4. Какую операцию необходимо выбрать?

5. План послеоперационного ведения.

**Задача № 5**

При профилактическом осмотре в поликлинике у ребёнка 5 лет выявлено опухолевидное образование в области пупочного кольца размером до 1,0 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, легко вправляется в брюшную полость, кожа над ним не изменена, симптом «кашлевого толчка» положительный, пупочное кольцо расширено до 0,7 см.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Какое лечение показано в данной ситуации?

3. Возможные осложнения.

4. Назначьте лечение в послеоперационном периоде.

5. Методы профилактики.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Лимфоаденит, остроразвившаяся ущемленная паховая грыжа.

2. Пальпация, перкуссия, УЗИ.

3. Оперативный.

4. Некроз, перфорация, перитонит.

5. Профилактика ситуаций связанных с повышением внутрибрюшного давления (запоры и т. д.).

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Ущемлённая паховая грыжа справа.

2. Тактика - оперативное лечение в экстренном порядке.

3. Очистительная клизма, премедикация.

4. После выписки из стационара: физиолечение, местное лечение,

наблюдение хирурга по месту жительства.

5. Общеукрепляющие процедуры, профилактика запоров.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Перекрут семенного канатика слева.

2. УЗИ

3. Экстренная операция под наркозом.

4. Некроз яичка

5. После выписки из стационара: наблюдение хирурга по месту жительства. УЗИ яичек через 6 месяцев.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: левосторонняя паховая грыжа.

2. Не требуется.

3. Оперативное лечение в плановом порядке.

4. Грыжесечение с пластикой по Ру - Краснобаеву.

5. После выписки из стационара: физиолечение, местное лечение,

наблюдение хирурга по месту жительства.

**К задаче №5:**

1. Пупочная грыжа.

2. Оперативное лечение - ушивание пупочного кольца.

3. Ущемление петель кишечника

4. Местное лечение, физиолечение, ограничение физической нагрузки на месяц, наблюдение хирурга по месту жительства.

5. Ношение бандажа в возрасте до 2.5 лет.

**6. Перечень практических умений:**

* 1. Пальпация и аускультация живота,
  2. Пальпация передней брюшной стенки,
  3. Пальпация наружных паховых колец, пупочного кольца,
  4. Пальпация грыжевого содержимого,
  5. Диафаноскопия,
  6. Определение кашлевого толчка,

7. Перевязка больного.

8. Грыжесечение при ущемленных грыжах.

9. Операции при неосложненных грыжах передней брюшной стенки

**1.Тема: «Язвенные процессы желудочно-кишечного тракта Язва ДПК. Клиника, диагностика, лечение.**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Какова этиология язвы ДПК?
2. Какова этиолигическая классификация?
3. Каков патогенез язвы ДПК?
4. Перечислите основные симптомы и синдромы
5. Клиническая картина язвы ДПК ?
6. Представьте основные лабораторные данные, характеризующие Данные заболевания?
7. Какие специальные методы диагностики ?
8. Составьте алгоритм дифференциальной диагностики?
9. Основные принципы консервативного и хирургического лечения этого заболевания?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. САМЫЙ ХАРАКТЕРНЫЙ, ИНФОРМАТИВНЫЙ ПРИЗНАК

ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. боль в животе
2. нарушения аппетита
3. диспептические явления
4. потеря массы тела
5. слабость недомагание

2. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОГО

ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. длительный прием салицилатов
2. пищевая аллергия
3. нерегулярное и неполноценное по составу питание
4. хронические заболевания печени и желчевыводящих путей
5. чрезмерная физическая нагрузка

3. СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ЯЗВООБРАЗОВАНИИ У ДЕТЕЙ ОТВОДЯТ

1. кишечной палочке
2. протею
3. хеликобактерным микроорганизмам
4. палочке молочно-кислого брожения
5. стафилококку

4. ИЗ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ИСКЛЮЧАЮТ

1. мясные и рыбные бульоны
2. молочные супы
3. молоко и творог
4. сливочное и оливковое масло
5. слизистые супы

5. ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДПК ОБЛАДАЮТ:

1. гистак
2. сукральфат
3. но-шпа
4. витамины группы В
5. ни один из препаратов

6. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. атропин
2. ацидин-пепсин
3. альмагель
4. фамотидин
5. омез

7. РЕАКЦИЯ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ:

1. при микрокровотечениях из язвы ДПК или кишечника
2. при микрокровотечениях из опухолей ЖКТ
3. при неспецифическом язвенном колите
4. при употреблении мяса в пищу
5. при всем перечисленном

8. УСЛОВИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА

1. раствор должен быть теплым
2. раствор должен иметь температуру 20-22о
3. количество раствора 100 мл/год жизни
4. использовать зонд с оливой
5. при всем перечисленном

9. «СЛЕПОЕ» ЗОНДИРОВАНИЕ ПО ДЕМЬЯНОВУ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

1. исследования секреторной функции желудка
2. исследование секреторной функции 12-перстной кишки
3. стимуляции оттока желчи из желчных путей
4. удаления яда из желудка
5. для исследования желчи

10. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ

1. 0,5% раствор буры
2. 1% содовый раствор
3. 9% раствор NaCl
4. раствор фурацилина
5. гемодез

**Эталоны ответов на тесты по теме:**

1-1

2-3

3-3

4-1

5-2

6-2

7-5

8-2

9-3

10-2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

Больной С., 14 лет, обратился с жалобами на сильные боли в эпигастральной области ноющего характера, изжогу, запоры (стул один раз в 3–4 дня в виде овечьего кала). Изжога, боли в эпигастрии беспокоят около года. По ночам часто встает от чувства голода и ест. Подобные боли бывают периодами, купируются приемом пищи, спазмолитиками, соком свежего картофеля. Последнее ухудшение – в течение недели – связывает с приемом острого соуса шашлыки. Объективно: Астеник. Кожные покровы чистые. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 9 × 9 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. Анализ крови общий и биохимический (сахар, печеночные пробы, амилаза крови) в пределах нормы. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, кардия смыкается ритмично, в желудке слизь, слизистая в антральном отделе с очагами яркой гиперемии, складки отечны, утолщены, рубцовая деформация луковицы ДПК, гиперемия слизистой. Рентгенография желудка и ДПК: желудок натощак пуст, складки отечны, перистальтика удовлетворительная, эвакуация своевременная, луковица ДПК деформирована.

1. Выделите синдромы. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

3. Ваша дальнейшая тактика.

**Задача 2**

Больной П., 15 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на «голодные» и ночные боли в эпигастрии, изжогу после еды. С 8 лет – хронический гастрит с повышенной кислотностью. Обострения редкие (один раз в 2–3 года), лечился амбулаторно. Описанные жалобы в течение 2 недель на фоне стресса. В 13 лет проведена резекция верхней доли правого легкого по поводу туберкуломы. Язвенная болезнь у родственников по материнской линии. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной области. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову: 10 × 8 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. Анализ крови общий и биохимический: Hb 143 г/л; лейкоциты 4,2 × 10 9/л; СОЭ 5 мм/ч, билирубин 16,3 мкмоль/л, прямой 3,6 мкмоль/л; 62 АЛТ 21 МЕ/л (7–53 МЕ/л); АСТ 17 (11–47 МЕ/л); амилаза крови 40 МЕ/л (35–118 МЕ/л), ЭГДС: слизистая оболочка желудка отечна, гиперемирована, язва передней стенки луковицы ДПК 1,2 см в диаметре, рубцовая деформация ДПК. Цитологическое исследование (мазок-отпечаток) на *Н. рylory* +++. УЗИ-признаки диффузных изменений печени.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения и реабилитации данного больного.

3. Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача 3**

Больной К., 16 лет, после успешной операции по поводу осложненной ЯБ ДПК (селективная проксимальная ваготомия, ушивание язвы в 12лет) возникли множественные язвы тощей кишки и диарея. Болевой синдром в эпигастрии, язвенные дефекты, а также диарея исчезают при назначении омепразола в дозе, превышающей терапевтическую (терапевтическая доза неэффективна), и рецидивируют при их отмене.

1. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения.

3. Дальнейшая врачебная тактика.

**Задача 4**

Больной М., 15 лет, обратился с жалобами на периодические боли в эпигастрии, чувство тяжести после еды, тошноту, снижение аппетита, особенно в отношении мясных блюд. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев. Объективно: Пониженное питание. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень + 1,0 см, пузырные симптомы отрицательные. Общий анализ крови и мочи без патологии, ЭГДС: признаки гастрита, умеренное снижение эластичности в области тела желудка по большой кривизне.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Ваша дальнейшая врачебная тактика.

**Задача 5**

Больной С., 16 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастрии ноющего характера, периодическую изжогу. Страдает ювенильным артритом в течение 5 лет, постоянно принимает НПВП (индометацин, диклофенак). В настоящее время отмечает обострение артрита, в течение 10 дней самостоятельно принимает преднизолон 20 мг в сутки, индометацин в свечах. Объективно: Определяется отечность, деформация коленных и голеностопных суставов, болезненность при пальпации. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень 9 × 9 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. По другим органам – без особенностей.

Общий анализ крови: СОЭ 20 мм/ч; эритроциты 4,0 × 1012/л; Нв 120 г/л; лейкоциты 9,7 × 109/л; ЦП 0,9. ЭГДС: Пищевод проходим, кардия смыкается плотно, в желудке слизь, легкая гиперемия слизистой в антральном отделе, на задней стенке луковицы ДПК глубокая язва – 1 см. Рентгенография желудка и ДПК: желудок натощак пуст, эвакуация своевременная, луковица ДПК деформирована, на задней стенке глубокая ниша – 1 см с конвергенцией складок.

1. Выделите синдромы. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Ваш план дообследования.

3. Ваша дальнейшая врачебная тактика.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Болевой абдоминальный, желудочной и кишечной диспепсии.

2. Язвенная болезнь ДПК, ремиссия. Хронический антральный гастрит, с повышенной кислотопродукцией, обострение.

3. Анализ кала на скрытую кровь, общий белок и белковые фракции крови, ФГДС, определение в биоптатах НР (два теста), УЗИ органов брюшной полости, интрагастральная рН-метрия.

4. Лечение амбулаторное: стол 1; режим питания – 3–4 раза в сутки,антациды, ингибиторы протонной помпы. При обнаружении *Н. Руlоri* –

схема эрадикационной терапии. Диспансерное наблюдение участкового терапевта и гастроэнтеролога. Санкурлечение вне обострения на курортах с гидрокарбонатно-натриевыми питьевыми минеральными водами.

**Задача 2**

1. Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная, язва передней стенкилуковицы ДПК, обострение. Рубцово-язвенная деформация ДПК.Хронический гастрит, НР-ассоциированный, обострение.

2. План лечения и реабилитации: стол 1, прием пищи 4–5 раз в день, ЛФК, физиолечение, исключить курение. Медикаментозное лечение: эрадикационная терапия в течение 10 дней, далее – ингибитор протоновой

помпы 5 недель. Диспансерное – осмотр терапевта 2 раза в год, гастроэнтеролога, стоматолога – 1 раз в год. Санкурлечение (не ранее, чем

через 2 месяца после обострения) на курортах с питьевыми минеральными

водами (озеро Шира, Ессентуки, Железноводск и т. д.).

3. С учетом медицинских (см. диагноз) критериев имеются признаки временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности на 3–4 недели

до заживления язвы красным рубцом.

**Задача 3**

1. Синдром Золлингера – Эллисона (множественность язвенного поражения, отсутствие эффекта от терапевтических доз ИПП; поносы).

2. Анализ крови общий и биохимический, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости, КТ поджелудочной железы; определение гастрина радиоиммунным методом. При подтверждении диагноза – хирургическое лечение в сочетании с химиопрепаратами.

3. Госпитализация в хирургическое отделение.

**Задача 4**

1. Рак тела желудка.

2. ФГДС с множественной биопсией слизистой тела желудка, рентгенография желудка, кал на скрытую кровь, УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

3. После уточнения диагноза – госпитализация в онкологический стационар и решение вопроса о хирургическом лечении.

**Задача 5**

1. Болевой, суставной, абдоминальный, диспепсический.

2. НПВП-индуцированная гастропатия. Симптоматическая язва ДПК. Ювенильный артрит, суставная форма с умеренной активностью, обострение.

3. Биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, УЗИ органов брюшной полости, исследование на НР.

4. Лечение в стационаре (учитывая активность ювенильного артрита и опасность кровотечения из язвы): стол 1, режим питания, НПВП в свечах (снизить дозу диклофенака), антациды, цитопротекторы, при выявлении НР – эрадикационная схема. С целью профилактики использовать простагландины (мизопростол, сайтотек и др.).

**6. Перечень практических умений:**

1. Пальпация и аускультация живота,

2. Измерение объема живота,

3. Ректальное пальцевое исследование,

4. Фиброгастроскопия

5. Чтение рентгенограмм,

6. Перевязка больного.

7. Зондирование прямой кишки

8.Сифонная клизма

9. Лапароскопия

10. Лапароцентез

**1.Тема: «Язвенные процессы желудочно-кишечного тракта. Язва желудка».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Какова этиология?

2.Какова этиолигическая классификация?

3.Каков патогенез?

4.Перечислите основные симптомы и синдромы

5.Клиническая картина ?

6.Представьте основные лабораторные данные, характеризующие Данные заболевания?

7.Какие специальные методы диагностики ?

8.Составьте алгоритм дифференциальной диагностики?

9.Основные принципы

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. САМЫЙ ХАРАКТЕРНЫЙ, ИНФОРМАТИВНЫЙ ПРИЗНАК

ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

а) боль в животе

б) нарушения аппетита

в) диспептические явления

г) потеря массы тела

д) слабость недомагание

2. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОГО

ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

а) длительный прием салицилатов

б) пищевая аллергия

в) нерегулярное и неполноценное по составу питание

г) хронические заболевания печени и желчевыводящих путей

д) чрезмерная физическая нагрузка

3. СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ЯЗВАОБРАЗОВАНИИ У ДЕТЕЙ ОТВОДЯТ

а) кишечной палочке

б) протею

в) хелик обактерным микроорганизмам

г) палочке молочно-кислого брожения

д) стафилококку

4.ИЗ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ИСКЛЮЧАЮТ

а) мясные и рыбные бульоны

б) молочные супы

в) молоко и творог

г) сливочное и оливковое масло

д) слизистые супы

5. ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДПК ОБЛАДАЮТ

а) гистак

б) сукральфат

в) но-шпа

г) витамины группы В

д) ни один из препаратов

6. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

а) атропин

б) ацидин-пепсин

в) альмагель

г) фамотидин

д) омез

7. РЕАКЦИЯ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ

а) при микрокровотечениях из язвы ДПК или кишечника

б) при микрокровотечениях из опухолей ЖКТ

в) при неспецифическом язвенном колите

г) при употреблении мяса в пищу

д) при всем перечисленном

8. УСЛОВИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА

а) раствор должен быть теплым

б) раствор должен иметь температуру 20-22о

в) количество раствора 100 мл/год жизни

г) использовать зонд с оливой

д) при всем перечисленном

9. «СЛЕПОЕ» ЗОНДИРОВАНИЕ ПО ДЕМЬЯНОВУ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

а) исследования секреторной функции желудка

б) исследование секреторной функции 12-перстной кишки

в) стимуляции оттока желчи из желчных путей

г) удаления яда из желудка

д) для исследования желчи

10. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИНИМАЮТ

а) 0,5% раствор буры

б) 1% содовый раствор

в) 9% раствор NaCl

г) раствор фурацилина

д) гемодез

**Эталоны ответов на тесты по теме:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ задания** | **Вариант ответа** |
| **1** | А |
| **2** | В |
| **3** | В |
| **4** | А |
| **5** | Б |
| **6** | Б |
| **7** | Д |
| **8** | Б |
| **9** | В |
| **10** | Б |

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

Больной С., 14 лет, обратился с жалобами на сильные боли в эпигастральной области ноющего характера, изжогу, запоры (стул один раз в 3–4 дня в виде овечьего кала). Изжога, боли в эпигастрии беспокоят около года. По ночам часто встает от чувства голода и ест. Подобные боли бывают периодами, купируются приемом пищи, спазмолитиками, соком свежего картофеля. Последнее ухудшение – в течение недели – связывает с приемом острого соуса шашлыки. Объективно: Астеник. Кожные покровы чистые. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 9 × 9 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. Анализ крови общий и биохимический (сахар, печеночные пробы, амилаза крови) в пределах нормы. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, кардия смыкается ритмично, в желудке слизь, слизистая в антральном отделе с очагами яркой гиперемии, складки отечны, утолщены, рубцовая деформация луковицы ДПК, гиперемия слизистой. Рентгенография желудка и ДПК: желудок натощак пуст, складки отечны, перистальтика удовлетворительная, эвакуация своевременная, луковица ДПК деформирована.

1. Выделите синдромы. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

3. Ваша дальнейшая тактика.

**Задача 2**

Больной П., 15 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на «голодные» и ночные боли в эпигастрии, изжогу после еды. С 8 лет – хронический гастрит с повышенной кислотностью. Обострения редкие (один раз в 2–3 года), лечился амбулаторно. Описанные жалобы в течение 2 недель на фоне стресса. В 13 лет проведена резекция верхней доли правого легкого по поводу туберкуломы. Язвенная болезнь у родственников по материнской линии. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной области. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову: 10 × 8 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. Анализ крови общий и биохимический: Hb 143 г/л; лейкоциты 4,2 × 10 9/л; СОЭ 5 мм/ч, билирубин 16,3 мкмоль/л, прямой 3,6 мкмоль/л; 62 АЛТ 21 МЕ/л (7–53 МЕ/л); АСТ 17 (11–47 МЕ/л); амилаза крови 40 МЕ/л (35–118 МЕ/л), ЭГДС: слизистая оболочка желудка отечна, гиперемирована, язва передней стенки луковицы ДПК 1,2 см в диаметре, рубцовая деформация ДПК. Цитологическое исследование (мазок-отпечаток) на *Н. рylory* +++. УЗИ-признаки диффузных изменений печени.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения и реабилитации данного больного.

3. Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача 3**

Больной К., 16 лет, после успешной операции по поводу осложненной ЯБ ДПК (селективная проксимальная ваготомия, ушивание язвы в 12лет) возникли множественные язвы тощей кишки и диарея. Болевой синдром в эпигастрии, язвенные дефекты, а также диарея исчезают при назначении омепразола в дозе, превышающей терапевтическую (терапевтическая доза неэффективна), и рецидивируют при их отмене.

1. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения.

3. Дальнейшая врачебная тактика.

**Задача 4**

Больной М., 15 лет, обратился с жалобами на периодические боли в эпигастрии, чувство тяжести после еды, тошноту, снижение аппетита, особенно в отношении мясных блюд. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев. Объективно: Пониженное питание. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень + 1,0 см, пузырные симптомы отрицательные. Общий анализ крови и мочи без патологии, ЭГДС: признаки гастрита, умеренное снижение эластичности в области тела желудка по большой кривизне.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Ваша дальнейшая врачебная тактика.

**Задача 5**

Больной С., 16 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастрии ноющего характера, периодическую изжогу. Страдает ювенильным артритом в течение 5 лет, постоянно принимает НПВП (индометацин, диклофенак). В настоящее время отмечает обострение артрита, в течение 10 дней самостоятельно принимает преднизолон 20 мг в сутки, индометацин в свечах. Объективно: Определяется отечность, деформация коленных и голеностопных суставов, болезненность при пальпации. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень 9 × 9 × 7 см. Пузырные симптомы отрицательны. По другим органам – без особенностей.

Общий анализ крови: СОЭ 20 мм/ч; эритроциты 4,0 × 1012/л; Нв 120 г/л; лейкоциты 9,7 × 109/л; ЦП 0,9. ЭГДС: Пищевод проходим, кардия смыкается плотно, в желудке слизь, легкая гиперемия слизистой в антральном отделе, на задней стенке луковицы ДПК глубокая язва – 1 см. Рентгенография желудка и ДПК: желудок натощак пуст, эвакуация своевременная, луковица ДПК деформирована, на задней стенке глубокая ниша – 1 см с конвергенцией складок.

1. Выделите синдромы. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Ваш план дообследования.

3. Ваша дальнейшая врачебная тактика.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Болевой абдоминальный, желудочной и кишечной диспепсии.

2. Язвенная болезнь ДПК, ремиссия. Хронический антральный гастрит, с повышенной кислотопродукцией, обострение.

3. Анализ кала на скрытую кровь, общий белок и белковые фракции крови, ФГДС, определение в биоптатах НР (два теста), УЗИ органов брюшной полости, интрагастральная рН-метрия.

4. Лечение амбулаторное: стол 1; режим питания – 3–4 раза в сутки,антациды, ингибиторы протонной помпы. При обнаружении *Н. Руlоri* –

схема эрадикационной терапии. Диспансерное наблюдение участкового терапевта и гастроэнтеролога. Санкурлечение вне обострения на курортах с гидрокарбонатно-натриевыми питьевыми минеральными водами.

**Задача 2**

1. Язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная, язва передней стенкилуковицы ДПК, обострение. Рубцово-язвенная деформация ДПК.Хронический гастрит, НР-ассоциированный, обострение.

2. План лечения и реабилитации: стол 1, прием пищи 4–5 раз в день, ЛФК, физиолечение, исключить курение. Медикаментозное лечение: эрадикационная терапия в течение 10 дней, далее – ингибитор протоновой

помпы 5 недель. Диспансерное – осмотр терапевта 2 раза в год, гастроэнтеролога, стоматолога – 1 раз в год. Санкурлечение (не ранее, чем

через 2 месяца после обострения) на курортах с питьевыми минеральными

водами (озеро Шира, Ессентуки, Железноводск и т. д.).

3. С учетом медицинских (см. диагноз) критериев имеются признаки временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности на 3–4 недели

до заживления язвы красным рубцом.

**Задача 3**

1. Синдром Золлингера – Эллисона (множественность язвенного поражения, отсутствие эффекта от терапевтических доз ИПП; поносы).

2. Анализ крови общий и биохимический, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости, КТ поджелудочной железы; определение гастрина радиоиммунным методом. При подтверждении диагноза – хирургическое лечение в сочетании с химиопрепаратами.

3. Госпитализация в хирургическое отделение.

**Задача 4**

1. Рак тела желудка.

2. ФГДС с множественной биопсией слизистой тела желудка, рентгенография желудка, кал на скрытую кровь, УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

3. После уточнения диагноза – госпитализация в онкологический стационар и решение вопроса о хирургическом лечении.

**Задача 5**

1. Болевой, суставной, абдоминальный, диспепсический.

2. НПВП-индуцированная гастропатия. Симптоматическая язва ДПК. Ювенильный артрит, суставная форма с умеренной активностью, обострение.

3. Биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, УЗИ органов брюшной полости, исследование на НР.

4. Лечение в стационаре (учитывая активность ювенильного артрита и опасность кровотечения из язвы): стол 1, режим питания, НПВП в свечах (снизить дозу диклофенака), антациды, цитопротекторы, при выявлении НР – эрадикационная схема. С целью профилактики использовать простагландины (мизопростол, сайтотек и др.).

**6. Перечень практических умений:**

1. Пальпация и аускультация живота,

2. Измерение объема живота,

3. Ректальное пальцевое исследование,

4. Фиброгастроскопия

5. Чтение рентгенограмм,

6. Перевязка больного.

7. Зондирование прямой кишки

8.Сифонная клизма

9. Лапароскопия

10. Лапароцентез

**1.Тема: «Хронические, диффузные заболевания печени. Истинные гепатиты».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомическое строение печени и системы воротной вены,
2. Физиологию портального кровообращения
3. Пути коллатерального кровотока,
4. Заболевания печени, приводящие к развитию различных форм осложнений
5. Клиническую картину поражения печени
6. Диагносттика
7. Методы лечения

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА ИСКЛЮЧАЕТСЯ

1. локализация геморрагических высыпаний на голенях (чаще на передних поверхностях)
2. носовые кровотечения, кровотечения из десен, маточные кровотечения
3. спленомегалия
4. локализация геморрагических высыпаний на нижней части туловища
5. положительный симптом жгута или щипка в фазе рецидива

2. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1. сердечной недостаточности
2. синдрома Бадда-Киари
3. констриктивном перикардите
4. синдроме портальной гипертензии
5. мезентериальном тромбозе

3. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. микросфероцитоза
2. умеренного снижения гемоглобина
3. лейкоцитоза
4. высокого ретикулоцитоза
5. резкого снижения осмотической резистентности эритроцитов

4. ДЛЯ ВЫБОРА ПРИВИЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО УТОЧНЕНИЕ , КРОМЕ:

1. степень компенсации функции печени;
2. активность процесса;
3. стадию изменения порто-печеночной гемодинамики
4. наличие или отсутствие гиперспленизма
5. состояние функции почек

5. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ХАРАКТЕРНА ТРИАДА

1. желтуха, анемия, гепатомегалия
2. желтуха, анемия, лейкоцитоз
3. желтуха, спленомегалия, анемия
4. спленомегалия, гепатомегалия, лейкоцитоз
5. гепатомегалия, лейкоцитоз, желтуха

6. ДЕПОНИРОВАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ С РАЗВИТИЕМ СПЛЕНОМЕГАЛИИ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ

1. серповидноклеточной анемии
2. талассемии
3. аутоиммунной гемолитической анемии
4. синдроме Рейе
5. эритремии

7. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гемангиома
2. лимфангиома
3. фиброма
4. гемангиосаркома
5. киста

8. В ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНКИ НЕ ВХОДИТ

1. тромбоз сосудов селезеночной ножки
2. инфаркт селезенки
3. некроз селезенки (при перекруте)
4. варикозное расширение вен
5. гемангиомы

9. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОТНОСЯТ

* + - 1. лимфоцитоз, анемия, гепатомегалия
      2. лейкопения, анемия, гепатомегалия
      3. анемия, лейкоцитоз, гепатомегалия
      4. анемия (эритропения), лейкопения, тромбоцитопения
      5. анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения

10.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Хлористый кальций
2. Криоплазма
3. Фибриноген
4. Викасол
5. Амбен

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 5
2. 3
3. 1
4. 3
5. 2
6. 3
7. 3
8. 4
9. 3
10. 3

5. Задачи по теме занятия:

**Задача №1**

На прием к педиатру обратилась мать с 5-ти летним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. При осмотре, выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в, пределах нормы. Селезенка + 5 см из под реберной дуги.

Ребенок второй в семье, доношенный. После родов в течении 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, страдает метеоризмом. При осмотре выявлена увеличенная селезенка. Ребенок находился под наблюдением.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Общий анализ крови: Ни 75 г/л. Эр 2,0\* 10 п , ЦП 0,9, Лецкоц.4,5\*10 9,

п/я 3%, с/я 60%, Э - 3%, Л - 2 J %, м - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

Облит анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН- 6,0, уд. вес - 1018, белок - нет, Лецкоциты - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины: cti - 4%, аг - 12%, (В - 14%,у - 18%, щелочная фосфатаза - 70 ед/л, АлАТ -0,15 ед, АсАТ - 0,2 ед., амилаза 30 ед, Тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л - прямой.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены множество мелких сосудов разного калибра.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5. Составьте план лечения ребенка.

# Задача № 2

В клинику поступил ребенок 3 лет с жалобами на двукратную рвоту содержимым типа кофейной гущи. Накануне мать отмечала наличие черного стула.

В анамнезе: в периоде новорожденности – длительное мокнутие пупочной ранки.

При объективном осмотре: состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, губы бледно-розовые, умеренно выражено расширение венозной сети на передней брюшной стенке и грудной клетке. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, селезенка выступает на 4 см. из-под края реберной дуги, плотная. ***ОАК:*** Hb – 84 г/л, эр. – 1,6 х 1012/л, л. – 4,5 х 109/л, ЦП – 0,8; СОЭ – 12 мм/час.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

## Задача № 3

В клинику поступила девочка 8 лет с жалобами на боли в животе, высокую температуру, рвоту. Заболела остро, вначале появились боли в животе, рвота, фебрильная температура, с гектическими размахами. В анамнезе отмечают прием парацетамола в течение 5 дней по поводу ОРВИ.

При осмотре: Состояние очень тяжелое, выражен интоксикационный синдром и признаки водно-электролитных нарушений: бледность кожных покровов, темные круги вокруг глаз, тахикардия до 110 уд/мин.

Местно: Живот увеличен в объеме, при пальпации определяется напряжение, свободная жидкость, печень резко увеличена, болезненна.

**В общем анализе крови:** гиперлейкоцитоз до 25,2 х 109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ до 50 мм/час.

**Задания**

1. Каков Ваш предположительный диагноз у данной больной?
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм и план лечения ребенка.

**Задача №4**

В клинику поступил ребёнок 6-ти лет с жалобами на боли в эпигастрии, рвота «кофейной гущей», слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается в Гепатоцентре с диагнозом хронический активный гепатит. Объективно: кожные покровы и слизистые сухие, бледные, определяются «сосудистые звездочки», пальмарная эритема; тоны сердца приглушены, тахикардия, АД 80/50 мм рт. ст.; со стороны легких – без патологии; живот не вздут, при пальпации отмечаются увеличенные печень (+5 см из-под края реберной дуги, плотная, бугристая) и селезёнка (+3 см).

В анализах крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение билирубина (прямая фракция), гипопротеинемия, повышение активности трансаминаз.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.
6. Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача №5**

На прием обратился ребенок 3 лет с жалобами на увеличение живота, периодическую слабость, изменения в анализах крови (стойкое снижение гемоглобина).

Анамнез: ребенок болен с рождения, постоянно получает лечение у педиатра по поводу анемии (препараты железа) – без эффекта. В последние несколько отмечено увеличение живота. Стул регулярный, без изменений.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, родился в 36 недель в тяжелом состоянии. Находился в течение недели после рождения в реанимационном отделении, проводилась интенсивная терапия. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, бронхит. Гепатитом не болел.

Объективно: состояние средней тяжести. Активный, контактный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа, видимые слизистые чистые, бледноватые, губы бледно розовые. Периферические л/у не увеличены. В легких хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, пульс 88 уд в мин. Живот увеличен в объеме, брюшная стенка несколько атоничная. Глубокая пальпация не затруднена, болезненности нет. Печень под краем реберной дуги, б/б. Селезенка увеличена (+5 см от края реберной дуги), уплотнена, б/б. Симптомов раздражения брюшины нет.

В анализах крови: Нв 65 г/л, эр 2,0\*1012/л, ЦП 0,89, лейкоциты 3,2\*109/л, п/я 2, с/я 68, лф 24, мон 6, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови – без патологии.

Задание

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Составьте дифференциальный диагностический ряд.
3. Что могло явиться причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Врожденная аномалия воротной вены

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При выявлении спленомегалии необходимо обследование с целью дифференциальной диагностики.

**Задача 2**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Флебит пупочной вены и как следствие тромбоз.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

1. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
    6. При наличия воспаления в области пупочной ранки – консультация хирурга, УЗИ в динамике, решение вопроса об антибактериальной терапии и лечении в условиях стационара.

**Задача 3**

1. Надпеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза печеночных вен (с-м Киари), синдром портальной гипертензии, печеночная недостаточность, асцит.

2. Диагноз поставлен на основании наличия резкоувеличенной и болезненной печени, наличие в анамнезе приема парацетамола, признаков печеночной недостаточности (асцит), признаков спленомегалии.

3. Флебит и тромбоз печеночных вен.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия, интенсивная терапия, коррекция гемостаза, гормональная терапия.

**Задача 4**

1. Внутрипеченочный блок портального кровообращения на фоне хронического гепатита, цирроза печени, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия в анамнезе хронического гепатита.

3. Цирроз печени как исход хронического гепатита.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза.

**Задача 5**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, синдром портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, компенсированная стадия.
2. ВБПК, заболевания крови (наследственная апластическая анемия), гемолитическая анемия.
3. Катетеризация пупочной вены.
4. При обследовании ребенка необходимо: УЗИ органов брюшной полости, допплерография сосудов порто-печеночого региона, спленопортография, ФГС, исследование системы гемостаза, (стернальная пункция в исключительных случаях).
5. В данной ситуации, учитывая степень гиперспленизма (и как следствие анемию 3 ст) показано оперативное лечение – порто-системное шунтирование.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение размеров печени и селезенки
4. Перкуссия, аускультация живота
5. Проведение ректального пальцевого исследования
6. Интерпретация анализов
7. Интерпретация результатов инструментальные методов обследования (ФГС, УЗИ, спленопортографии) с целью дифференциальной диагностики
8. Обоснование диагноза
9. Оформление истории болезни
10. Лапарацентез
11. Лапароскопия

**1.Тема: «Хронические, диффузные заболевания печени. Гепатиты спутники».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

- учебная:

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомическое строение печени и системы воротной вены,

2.Физиологию портального кровообращения

3.З.аболевания печени, приводящие к развитию различных форм осложнений

4.Лабораторные методы диагностики поражения печени

5.Методы инструментальной диагностики

6.Основы фармакологического действия лекарственных препаратов,

7.Медикаментозные средства, применяемые в детской хирургии

8.Осложнения

9.Профилактика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1.Хлористый кальций

2.Криоплазма

3.Фибриноген

4.Викасол

5.Амбен

2. КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ?

1.Зонд Блекмора

2.Криотерапия

3.Тромбирование сосудов

4.Эмболизация вен, артерий

5.Склеротерапия

3. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1.При наличии повторного кровотечения

2.При кровотечении, которое не удается остановить в течение 2-х часов

3.При кровотечении, которое невозможно купировать в течение 6 часов

4.При кровотечении более 10 мл/кг массы ребенка за 12 часов

5.Во всех случаях

4. КАКОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

1. Спленопортография
2. Сцинтиграфия
3. Реография
4. Допплерография
5. УЗИ
6. Спленоманометрия

5. ЧТО ДИКТУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ПОЛНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

1. Неадекватность перфузии печени при низком ОЦК и возможность развития печеночно-клеточной недостаточности
2. Появление гиперспленизма
3. Необходимость повышения портального давления

6. ИНТЕНСИВНОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОМ БЛОКЕ ПОРТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ:

1. Выраженности гипертонического криза в портальной системе
2. Наличия гепатопетальных анастомозов
3. Уровня блока портальной системы
4. Недостаточности антигемофильного фактора
5. Размеров селезенки
6. Размеров печени

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА, ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОМ БЛОКЕ ПОРТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ВСЕХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ

1. Эритроцитарной массы
2. Криоплазмы
3. Питуитрина
4. Препаратов декстранового ряда
5. Викасола

8. ДАВЛЕНИЕ В ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕ

1. От 300 до 390 мм водного столба
2. От 200 до 290 мм водного столба
3. 120 мм водного столба
4. Менее 120 мм водного столба

9. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТ ВСЕ, КРОМЕ)

1. Эзофагоскопии
2. ФГС
3. Спленопортографии
4. Целиакографии
5. Контрастной эзофагогастрографии

10. ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ

1. Увеличение селезенки
2. Гиперлейкоцитоз
3. Лейкопения
4. Панцитопения
5. Тромбоцитоз

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Ответ** |
| **1** | 2 |
| **2** | 5 |
| **3** | 1,3,4 |
| **4** | 4 |
| **5** | 1 |
| **6** | 1,2 |
| **7** | 4 |
| **8** | 1 |
| **9** | 4 |
| **10** | 4 |

5. Задачи по теме занятия:

**Задача №1**

На прием к педиатру обратилась мать с 5-ти летним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. При осмотре, выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в, пределах нормы. Селезенка + 5 см из под реберной дуги.

Ребенок второй в семье, доношенный. После родов в течении 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, страдает метеоризмом. При осмотре выявлена увеличенная селезенка. Ребенок находился под наблюдением.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Общий анализ крови: Ни 75 г/л. Эр 2,0\* 10 п , ЦП 0,9, Лецкоц.4,5\*10 9,

п/я 3%, с/я 60%, Э - 3%, Л - 2 J %, м - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

Облит анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН- 6,0, уд. вес - 1018, белок - нет, Лецкоциты - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины: cti - 4%, аг - 12%, (В - 14%,у - 18%, щелочная фосфатаза - 70 ед/л, АлАТ -0,15 ед, АсАТ - 0,2 ед., амилаза 30 ед, Тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л - прямой.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены множество мелких сосудов разного калибра.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5. Составьте план лечения ребенка.

# Задача № 2

В клинику поступил ребенок 3 лет с жалобами на двукратную рвоту содержимым типа кофейной гущи. Накануне мать отмечала наличие черного стула.

В анамнезе: в периоде новорожденности – длительное мокнутие пупочной ранки.

При объективном осмотре: состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, губы бледно-розовые, умеренно выражено расширение венозной сети на передней брюшной стенке и грудной клетке. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, селезенка выступает на 4 см. из-под края реберной дуги, плотная. ***ОАК:*** Hb – 84 г/л, эр. – 1,6 х 1012/л, л. – 4,5 х 109/л, ЦП – 0,8; СОЭ – 12 мм/час.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

## Задача № 3

В клинику поступила девочка 8 лет с жалобами на боли в животе, высокую температуру, рвоту. Заболела остро, вначале появились боли в животе, рвота, фебрильная температура, с гектическими размахами. В анамнезе отмечают прием парацетамола в течение 5 дней по поводу ОРВИ.

При осмотре: Состояние очень тяжелое, выражен интоксикационный синдром и признаки водно-электролитных нарушений: бледность кожных покровов, темные круги вокруг глаз, тахикардия до 110 уд/мин.

Местно: Живот увеличен в объеме, при пальпации определяется напряжение, свободная жидкость, печень резко увеличена, болезненна.

**В общем анализе крови:** гиперлейкоцитоз до 25,2 х 109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ до 50 мм/час.

**Задания**

1. Каков Ваш предположительный диагноз у данной больной?
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм и план лечения ребенка.

**Задача №4**

В клинику поступил ребёнок 6-ти лет с жалобами на боли в эпигастрии, рвота «кофейной гущей», слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается в Гепатоцентре с диагнозом хронический активный гепатит. Объективно: кожные покровы и слизистые сухие, бледные, определяются «сосудистые звездочки», пальмарная эритема; тоны сердца приглушены, тахикардия, АД 80/50 мм рт. ст.; со стороны легких – без патологии; живот не вздут, при пальпации отмечаются увеличенные печень (+5 см из-под края реберной дуги, плотная, бугристая) и селезёнка (+3 см).

В анализах крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение билирубина (прямая фракция), гипопротеинемия, повышение активности трансаминаз.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.
6. Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача №5**

На прием обратился ребенок 3 лет с жалобами на увеличение живота, периодическую слабость, изменения в анализах крови (стойкое снижение гемоглобина).

Анамнез: ребенок болен с рождения, постоянно получает лечение у педиатра по поводу анемии (препараты железа) – без эффекта. В последние несколько отмечено увеличение живота. Стул регулярный, без изменений.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, родился в 36 недель в тяжелом состоянии. Находился в течение недели после рождения в реанимационном отделении, проводилась интенсивная терапия. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, бронхит. Гепатитом не болел.

Объективно: состояние средней тяжести. Активный, контактный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа, видимые слизистые чистые, бледноватые, губы бледно розовые. Периферические л/у не увеличены. В легких хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, пульс 88 уд в мин. Живот увеличен в объеме, брюшная стенка несколько атоничная. Глубокая пальпация не затруднена, болезненности нет. Печень под краем реберной дуги, б/б. Селезенка увеличена (+5 см от края реберной дуги), уплотнена, б/б. Симптомов раздражения брюшины нет.

В анализах крови: Нв 65 г/л, эр 2,0\*1012/л, ЦП 0,89, лейкоциты 3,2\*109/л, п/я 2, с/я 68, лф 24, мон 6, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови – без патологии.

Задание

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Составьте дифференциальный диагностический ряд.
3. Что могло явиться причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Врожденная аномалия воротной вены

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При выявлении спленомегалии необходимо обследование с целью дифференциальной диагностики.

**Задача 2**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Флебит пупочной вены и как следствие тромбоз.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При наличия воспаления в области пупочной ранки – консультация хирурга, УЗИ в динамике, решение вопроса об антибактериальной терапии и лечении в условиях стационара.

**Задача 3**

1. Надпеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза печеночных вен (с-м Киари), синдром портальной гипертензии, печеночная недостаточность, асцит.

2. Диагноз поставлен на основании наличия резкоувеличенной и болезненной печени, наличие в анамнезе приема парацетамола, признаков печеночной недостаточности (асцит), признаков спленомегалии.

3. Флебит и тромбоз печеночных вен.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия, интенсивная терапия, коррекция гемостаза, гормональная терапия.

**Задача 4**

1. Внутрипеченочный блок портального кровообращения на фоне хронического гепатита, цирроза печени, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия в анамнезе хронического гепатита.

3. Цирроз печени как исход хронического гепатита.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза.

**Задача 5**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, синдром портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, компенсированная стадия.
2. ВБПК, заболевания крови (наследственная апластическая анемия), гемолитическая анемия.
3. Катетеризация пупочной вены.
4. При обследовании ребенка необходимо: УЗИ органов брюшной полости, допплерография сосудов порто-печеночого региона, спленопортография, ФГС, исследование системы гемостаза, (стернальная пункция в исключительных случаях).
5. В данной ситуации, учитывая степень гиперспленизма (и как следствие анемию 3 ст) показано оперативное лечение – порто-системное шунтирование.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение размеров печени и селезенки
4. Перкуссия, аускультация живота
5. Проведение ректального пальцевого исследования
6. Интерпретация анализов
7. Интерпретация результатов инструментальные методов обследования (ФГС, УЗИ, спленопортографии) с целью дифференциальной диагностики
8. Обоснование диагноза
9. Оформление истории болезни
10. Лапарацентез
11. Лапароскопия

**1.Тема: «Врожденные пороки желчевыводящих путей.**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомия наружных желчных путей
2. Функция наружных желчных путей
3. Этиопатогенез аномалий развития желчного пузыря и наружных желчных ходов
4. Классификация аномалий развития желчного пузыря и наружных желчных ходов
5. Клиническая картина аномалий развития желчного пузыря и наружных желчных ходов
6. Методы диагностики
7. Дифференциальная диагностика
8. Принципы лечения

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ, КАКАЯ ФЛОРА ВЫСЕВАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ:

1. кишечная палочка
2. стафилококк
3. стрептококк
4. протеи
5. синегнойная палочка

2. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Холециститом чаще в 2 раза страдают девочки
2. Холециститом чаще в 2 раза страдают мальчики
3. Холециститом одинаково часто болеют мальчики и девочки
4. Закономерности нет
5. Все верно

3. АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В СРЕДНЕМ

1. 1:1000
2. 1:500
3. 1:2000-3000
4. 1:5000
5. 1:10000

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ АТРЕЗИИ ВНУТРЕННИХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

1. ФГС
2. дуоденальное зондирование
3. лапароскопия
4. пункционная биопсия печени
5. КТ

5. В КАКОМ ПРОЦЕНТЕ СЛУЧАЕВ ЖЕЛТУХА СОПРОВОЖДАЕТ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ:

1. 10%
2. 30%
3. 50%
4. 5%
5. 40%

6. ПРИЧИНОЙ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ХОЛАНГИОПАТИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. вирус гепатита А
2. вирус гепатита В
3. бактериальное поражение
4. вирус герпеса
5. вирус краснухи

7. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ САТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

* 1. рубцовое сужение пузырного протока
  2. камни
  3. врожденный фиброз протока
  4. аномалия каналов Гейстера
  5. гипоплазия протока

8. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ В ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ, ПУПКА И В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. острого аппендицита
2. острого панкреатита
3. мезаденита
4. энтероколита
5. гепатита

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. рубцовое сужение пузырного протока
2. камни
3. врожденный фиброз протока
4. аномалия каналов Гейстера
5. гипоплазия протока

10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С

1. физиологической желтухой новорожденного
2. опухолью печени
3. врожденным сифилисом
4. гемолитической желтухой
5. токсоплазмозом

**5. Задачи по теме:**

**ЗАДАЧА №1**

В клинику поступил ребенок 7 лет. Вами установлен диагноз острого холецистита. Перитонеальных проявлений нет. Данное заболевание установлено впервые.

**Задания:**

1. Укажите тактику лечения
2. Назовите препараты, применяемые для лечения

**ЗАДАЧА №2.**

В клинику поступил ребенок 10 лет. Вами впервые установлен диагноз острого холецистита. Консервативная терапия в течение 24 часов выраженного эффекта не дала. Однако перитонеальных симптомов нет.

**Задания:**

Какой должна быть дальнейшая тактика лечения?

**ЗАДАЧА №3.**

В клинику поступил ребенок с выраженными симптомами острого холецистита. Из анамнеза известно, что ребенок ранее лечился с диагнозом острого холецистита в стационаре.

Объективно: выраженный болевой синдром и напряжение мышц в области правого подреберья, положительный симптом Щеткина - Блюмберга, в анализе крови лейкоцитоз.

**Задания:**

Какой должна быть дальнейшая тактика ведения этого больного?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**ЗАДАЧА №1**

1. Консервативная терапия

2. Антибиотики, спазмолитики, анальгетики, кристаллоидные и коллоидные растворы, антиферментные препараты

**ЗАДАЧА №2**

Продолжить консервативное лечение, усилить антибактериальную терапию, дезинтоксикацию, увеличить дозу антиферментных препаратов

**ЗАДАЧА №3**

Срочная операция

**6. Практические навыки по теме:**

1. Сбор анамнеза
2. Клиническое обследование больного
3. Пальпация, перкуссия живота
4. Определение границ печени
5. Определение симптомов острого холецистита
6. Чтение рентгенограмм
7. Оценка лабораторных анализов
8. Присутствие на операции
9. Присутствие на перевязке
10. Составление схемы ведения послеоперационного периода
11. Оформление истории болезни

**1.Тема: «Врожденные пороки желчевыводящих путей. Желчекаменная болезнь (острый калькулезный холецистит)»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

* 1. Анатомия наружных желчных путей
  2. Функция наружных желчных путей
  3. Этиопатогенез острого холецистита
  4. Классификация острого калькулезного холецистита
  5. Клиническая картина острого калькулезного холецистита
  6. Методы диагностики острого калькулезного холецистита
  7. Дифференциальная диагностика острого холецистита
  8. Принципы лечения острого холецистита

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УКАЖИТЕ, КАКАЯ ФЛОРА ВЫСЕВАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ:

1. кишечная палочка
2. стафилококк
3. стрептококк
4. протеи
5. синегнойная палочка

2. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Холециститом чаще в 2 раза страдают девочки
2. Холециститом чаще в 2 раза страдают мальчики
3. Холециститом одинаково часто болеют мальчики и девочки
4. Закономерности нет
5. Все верно

3. АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В СРЕДНЕМ

1. 1:1000
2. 1:500
3. 1:2000-3000
4. 1:5000
5. 1:10000

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ АТРЕЗИИ ВНУТРЕННИХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

1. ФГС
2. дуоденальное зондирование
3. лапароскопия
4. пункционная биопсия печени
5. КТ

5. В КАКОМ ПРОЦЕНТЕ СЛУЧАЕВ ЖЕЛТУХА СОПРОВОЖДАЕТ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ:

1. 10%
2. 30%
3. 50%
4. 5%
5. 40%

6. ПРИЧИНОЙ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ХОЛАНГИОПАТИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. вирус гепатита А
2. вирус гепатита В
3. бактериальное поражение
4. вирус герпеса
5. вирус краснухи

7. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ САТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

* 1. Рубцовое сужение пузырного протока
  2. Камни
  3. Врожденный фиброз протока
  4. Аномалия каналов гейстера
  5. Гипоплазия протока

8. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ В ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ, ПУПКА И В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. острого аппендицита
2. острого панкреатита
3. мезаденита
4. энтероколита
5. гепатита

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. рубцовое сужение пузырного протока
2. камни
3. врожденный фиброз протока
4. аномалия каналов Гейстера
5. гипоплазия протока

10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С

1. физиологической желтухой новорожденного
2. опухолью печени
3. врожденным сифилисом
4. гемолитической желтухой
5. токсоплазмозом

**5. Задачи по теме:**

**ЗАДАЧА №1**

В клинику поступил ребенок 7 лет. Вами установлен диагноз острого холецистита. Перитонеальных проявлений нет. Данное заболевание установлено впервые.

**Задания:**

1.Укажите тактику лечения

2.Назовите препараты, применяемые для лечения

**ЗАДАЧА №2.**

В клинику поступил ребенок 10 лет. Вами впервые установлен диагноз острого холецистита. Консервативная терапия в течение 24 часов выраженного эффекта не дала. Однако перитонеальных симптомов нет.

**Задания:**

Какой должна быть дальнейшая тактика лечения?

**ЗАДАЧА №3.**

В клинику поступил ребенок с выраженными симптомами острого холецистита. Из анамнеза известно, что ребенок ранее лечился с диагнозом острого холецистита в стационаре.

Объективно: выраженный болевой синдром и напряжение мышц в области правого подреберья, положительный симптом Щеткина - Блюмберга, в анализе крови лейкоцитоз.

**Задания:**

Какой должна быть дальнейшая тактика ведения этого больного?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**ЗАДАЧА №1**

1. Консервативная терапия
2. Антибиотики, спазмолитики, анальгетики, кристаллоидные и коллоидные растворы, антиферментные препараты

**ЗАДАЧА №2**

Продолжить консервативное лечение, усилить антибактериальную терапию, дезинтоксикацию, увеличить дозу антиферментных препаратов

**ЗАДАЧА №3**

Срочная операция

**6. Практические навыки по теме:**

1. сбор анамнеза

2.клиническое обследование больного

3.пальпация, перкуссия живота

4.определение границ печени

5.определение симптомов острого холецистита

6.чтение рентгенограмм

7.оценка лабораторных анализов

8.присутствие на операции

9.присутствие на перевязке

10. оформление истории болезни

**1.Тема: «Хирургические заболевания селезенки. Инфаркт селезенки. Абсцессы селезенки».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Анатомо-физиологические особенности строения селезенки у детей

2.Причины развития инфаркта селезенки

3.Диагностика инфаркта селезенки

4.Принципы лечения инфаркта селезенки

5.Причины развития абсцессов селезенки

6.Диагностика абсцессов селезенки

7. Принципы лечения абсцессов селезенки

8.Осложнения

9.Реабилитация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ВСЕ КРОМЕ:

1. сердечная недостаточность
2. синдром Бадда-Киари
3. констриктивный перикардит
4. синдром портальной гипертензии
5. мезентериальный тромбоз

2. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НЕ ВЫЕВЛЯЕТСЯ:

1. микросфероцитоз
2. умеренное снижение гемоглобина
3. лейкоцитоз
4. высокий ретикулоцитоз
5. резкое снижение осмотической резистентности эритроцитов

3. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕПОНИРОВАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ВСЕ, КРОМЕ:

1. серповидноклеточная анемия
2. талассемия
3. аутоиммунная гемолитическая анемия
4. синдроме Рейе
5. эритремия

4. В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕ ВХОДИТ:

1. желтуха
2. анемия
3. спленомегалия
4. эритремия

5. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. лейкоз
2. лимфома (лимфосаркома, лимфогранулематоз)
3. метабластическая нейробластома
4. эритремия
5. сепсис

6. В КЛАССИФИКАЦИЮ БОЛЕЗНЬ ВЕЛЬГОФА НЕ ВХОДИТ ФОРМА:

1. острая
2. подострая
3. хроническая
4. интермиттирующая

7. К ДОБРОКАЧЕСВТЕННЫМ ОПУХОЛЯМ СЕЛЕЗЕНКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. гемангиомы
2. лимфангиомы
3. фибромы
4. саркомы
5. остеомы

8. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВЕЛЬГОФА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. Носовые кровотечения
2. Маточные геморрагии
3. Кровоподтеки
4. Желудочно-кишечные кровотечения
5. Петехеальные кровоизлияния

9. ВЫБЕРЕТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВЕЛЬГОФА НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЕМОСТАЗА:

* 1. Увеличение продолжительности кровотечения
  2. Уменьшение продолжительности кровотечения
  3. Ретракция кровяного сгустка не нарушена
  4. Тромбоцитоз
  5. Изменения протромбинового времени и индекса

10. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

* + - 1. микросфероцитоза
      2. умеренного снижения гемоглобина
      3. лейкоцитоза
      4. высокого ретикулоцитоза
      5. резкого снижения осмотической резистентности эритроцитов

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1-5

2-3

3-5

4-4

5-5

6-4

7-4

8-2

9-5

10-3

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

В клинику детской хирургии обратился ребенок 4 лет с жалобами на боли в животе, наличие мелкой геморрагической сыпи на теле, повышение температуры.

Анамнез: ребенок в течение 3 дней получает лечение по поводу ОРВИ. Боли в животе появились 2 часа назад, мать заметила наличие сыпи. Контакт с инфекционными больными отрицает (ребенок не посещает детский сад). При беседе с матерью удалось выяснить, что ранее в течение жизни у ребенка периодически отмечались кровотечения из слизистой оболочки носа, мелкая сыпь на коже, синячки, чему мать не придавала значения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести, в сознании, адакватен. На коже верхних и нижних конечностей и туловища единичные элементы петехиальной сыпи и экхимозы. Печень не увеличена, край ее ровный, безболезненный. Селезенка не увеличена.

В анализах крови гемоглобин до 97г\л, формула не изменена. Тромбоциты 120\*109/л. Временя кровотечения 9 мин, при норме 2-4 мин).

При исследовании пунктата костного мозга - задержка созревания мегакариоцитов на ранних стадиях и образование их дегенеративных форм.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Объясните наличие у ребенка болей в животе
3. Объясните выявленные изменения в анализах крови
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. Какие симптомы являются значимыми для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику лечения

**Задача 2**

На прием к педиатру обратился ребенок 8 лет с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, потерю аппетита, быструю утомляемость, желтушное окрашивание кожи, склер, бледность и наличие опухолевидного образования в левой половине живота.

Анамнез. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 лет, но родители связывали это с повышенной нагрузкой в школе. Периодически отмечали наличие жалоб на боли в животе области печени. В последнее время мать обратила внимание на бледность ребенка, а в течение последней недели – на наличие желтушности кожи и «глаз».

При поступлении состояние ближе к тяжелому. Ребенок вялый, на вопросы отвечает не охотно, но адекватный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа чистая, бледная с желтушным оттенком, склеры иктеричные. При осмотре слизистой рта обращает внимание неправильное расположение зубов, высокое стояние неба. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (+3 см от края реберной дуги, несколько уплотнена, безболезненная. Селезенка увеличена (нижний полюс пальпируется на 5 см ниже реберной дуги).

В анализах крови: НЬ до 70 г\л, эритроциты 2,5\* 10 \л, микросфероцитоз (до 50%), уменьшение диаметра эритроцитов меньше 6,4 мкм, резкое снижение осмотической резистентности эритроцитов (норма мин. рез. эритроцитов 0,48, то при ГА 0,60 -0,70 и ниже). В биохимическом анализе крови – билирубин до 52 ммоль/л, АсТ 0,78 и АлТ 0,89

В моче содержание уробилина 120 мг (при норме 10 -20 мг). Количество стеркобилина в кале 1200 мг, (при норме 50-100 мг). В пунктате костного мозга число эритробластов составляет 66% всех клеток костного мозга.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Объясните наличие у ребенка болей в животе
3. Объясните выявленные изменения в анализах крови
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
5. Определите тактику лечения

**Задача 3**

В приемный покой детской хирургии доставлен ребенок 12 лет с жалобами в левом подреберье, интенсивные постоянного характера, иррадиирующие в левое надплечье, плечо, лопатку, повышение температуры до 380С, слабости, головокружения, шума в ушах, тошноту. Известно, что накануне ребенок упал с высоты 2 м на левый бок. За медицинской помощью не обращался. Около 2 часов назад после кашля появились интенсивные боли в животе. Доставлен родителями.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, принимает положение на левом боку либо полусидячее с приведёнными к животу ногами. Отмечается щадящее поверхностное дыхание, одышка. При осмотре ребёнка отмечается бледность кожных покровов, пульс 110 уд/мин, ослабление наполнения пульса. В области травмы на коже имеется след в виде ссадины и кровоподтека. Живот слегка вздут, слабо участвует в акте дыхания. Вздутие более выражено в верхней левой части живота. При пальпации живота отмечается болезненность в левом подреберье, напряжение мышц и признаки раздражения брюшины, положительный симптом «ванька-встаньки». В анализе крови – гемоглобин 108 г/л, эритроциты 2,6\*1012/л и лейкоциты 18,2\*109/л.

Задание

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте постановку диагноза
3. Объясните наличие у ребенка болей в животе
4. Определите тактику лечения

**Задача 4**

В клинику детской хирургии обратился ребенок Л., 11 лет с жалобами на боли в левом подреберье, с иррадиацией в левое плечо, надключичную область, наличие опухолевидного выпячивания в области левого подреберья, повышение температуры до 38,80С.

Анамнез. Боли в левом подреберье беспокоят в течение 2 недель, отмечалось повышение температуры до 37,50С. Обращался в поликлинику, где был выставлен диагноз ОРВИ, проводилась рентгенография органов грудной клетки с целью диагностики пневмонии (диагноз не подтвержден) назначена терапия. Несмотря на проводимое лечение, сохранялось повышение температуры, боли в животе слева. В последние 2 дня боли в левом подреберье усилились, с иррадиацией в левое плечо, надключичную область, повысилась температура до 38,80С, появилась припухлось и выпячивание в области левого подреберья.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому, самочувствие страдает. Кожа и видимые слизистые чистые, умеренно бледные. В легких дыхание проводится над всеми полями, несколько ослаблено слева в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 16 в мин, пульс 88 уд в мин., АД 110/70 мм рт ст.

Локально: живот подвздут, ассиметричный за счет деформации слева, где определяется пастозность кожи, утолщение кожной складки и выпячивание в области левого подреберья, болезненность при пальпации селезёнки. Боли усиливаются при движении и в положении на левом боку. Отмечается болезненность при поколачивании в области левого подреберья и по ходу соответствующего ребра, определяется флюктация в области селезёнки и напряжение мышц живота этой зоне.

При рентгенологическом исследовании выявлено ограничение подвижности левого купола диафрагмы, увеличение размеров тени селезёнки.

УЗИ – с селезенке визуализируется образование округлой формы, изо-гипоэхогенное, с ровными четкими контурами, гиперэхогенной капсулой, нечетким дорзальным усилением.

В анализах крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3,8\*1012/л, ЦП 0,9. Развернутый анализ крови: п/я 16, с/я 54, лф 20, м 8, эоз 2. В биохимическом анализе крови без патологических изменений.

Задание

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте постановку диагноза
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Каков может быть прогноз заболевания
5. Определите тактику лечения

**Задача №5**

На прием к педиатру обратился ребенок К., 11 лет с жалобами на тупые ноющие боли в животе, чувство тяжести и полноты в левом подреберье, усиливающееся после приема пищи.

Анамнез. Указанные жалобы беспокоят в течение полугода. За медицинской помощью не обращался. Удалось выяснить, что около 8 месяцев назад была травма живота, по поводу которой был госпитализирован в ЦРБ, где находился под наблюдением в течение 3 дней. Был выписан в удовлетворительном состоянии, УЗИ органов брюшной полости не проводилось.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, видимые слизистые чистые. В легких хрипов нет, сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 74 уд. в мин.

Локально: живот не вздут, обычной формы, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий. В области левого подреберья пальпируется гладкая эластичной консистенции безболезненная малоподвижная увеличенная селезёнка. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: Нв 127 г/л, эр 4,2\*1012/л, п/я 2, с/я 68, эоз 2, лф 22 мон 6, СОЭ 8 мм/час. В биохимическом анализе – без патологии.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования больного
4. Каков может быть прогноз заболевания
5. Определите тактику лечения

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Эталон ответа к задаче 1**

1. Тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический криз

Ведущим и характерным проявлением заболевания является наличие у больных гемморрагического синдрома (характерная локализация петехиальной сыпи), наличие тромбоцитопении

1. Боли в животе обусловлены кровоизлияниями в брыжейку, париетальную брюшину
2. Наличие анемии обусловлено геморрагическим синдромом.
3. Дифференциальная диагностика проводится с:
   * С гипопластической анемией, для которой при исследовании костного пунктата выявляется резкое уменьшение количества клеток всех трех ростков кроветворения, опустошение костного мозга. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ретикулоцитопения (панцитопения).
   * СКВ с синдромом Верльгофа. Дифференцируют на основании обнаружения в крови волчаночных клеток - феномен IE.
   * С болезнью Гоше. Отличительными особенностями которой являются: увеличение селезенки, печени с резким нарушением ее функции, изменения костной системы в виде очагов деструкции или расширения костномозговой полости с истончением изнутри кортикального слоя со своеобразным «булавидным» вздутием кости. Обнаружение клеток Гоше в пунктате костного мозга, селезенки, печени, лимфатических узлах.
   * С синдромом Фишера-Эвенса - сочетание ТПП с гемолитической анемией.
4. Лечение. 1) Консервативное. 2) Хирургическое (спленэктомия).  
   Показания к хирургическому лечению: безуспешность консервативной терапии при острой форме, при хронической форме в стадии ремиссии (в анамнезе частые и  
   выраженные геморрагии), по жизненным показаниям.

**Эталон ответа к задаче 2**

1. наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия

Характеризуется триадой симптомов заболевания: желтушное окрашивание кожи, склер, анемия и увеличение селезенки. Решающее значение имеют данные исследования состава крови, наличие микросфероцитов.

1. наличие жалоб на боли в животе области печени, селезенки обусловлено увеличением этих органов, напряжением капсулы, развитием периспленита или инфаркта селезенки.
2. Анемия обусловлена гемолитическим фактором. Степень гипербилирубинемии обусловлена не только интенсивностью гемолиза эритроцитов, но и скоростью перехода свободного билирубина в связанный.
3. Дифференциальная диагностика проводится с: отравлением химическими веществами, механической желтухой, биллиарным циррозом, ферментативной ГА, наследственной овалоцитарной ГА, аутоиммунной ГА.
4. Лечение: Консервативная терапия в лучшем случае приносит временное улучшение. Спленэктомия после ликвидации гемолитического криза.

**Эталон ответа к задаче 3**

1. тупая травма живота, разрыв селезенки, внутрибрюшной кровотечение
2. Наличие травмы (падение с высоты на левый бок) в анамнезе, наличие поверхностных повреждений в проекции селезенки, признаки кровопотери, признаки внутреннего кровотечения.
3. Боли в животе объясняются наличием гемоперитонеума. Иррадиирующие боли в левое надплечье, плечо, лопатку в обусловлены раздражением излившейся кровью веточек левого диафрагмального нерва.
4. Показано оперативное лечение в экстренном порядке.

**Эталон ответа к задаче 4**

1. абсцесс селезенки
2. Диагноз выставлен на основании данных УЗИ (наличие образования в селезенке), клинической картины, характерных для гнойно-воспалительного процесса изменений в анализах крови.
3. Дифференцировать абсцесс селезёнки приходится с левосторонним паранефритом, псоитом, абсцессом левой доли печени, флегмой брюшной стенки, а также с другими заболеваниями самой селезёнки (инфаркт, киста, эхинококк). Применение УЗИ имеет решающее значение в диагностике.
4. Прогноз при абсцессе селезёнки серьёзен. Нераспознанные гнойники при прорыве в брюшную полость или в соседние органы вызывают перитонит. Самоизлечение наблюдается чрезвычайно редко.
5. Лечение состоит в возможно ранней операции. Радикальным средством является спленэктомия. При невозможности её выполнения ограничиваются вскрытием гнойника (спленотомия) и его дренированием. В послеоперационном периоде показана антибиотикотерапия, переливание крови (по показаниям), витаминотерапия и общеукрепляющие мероприятия.

**Эталон к задаче 5**

* 1. Объемное образование селезенки (киста)

Диагноз может быть выставлен на основании жалоб больного (боли и чувство распирания в левом подреберье), объективных данных (увеличение селезенки, ограничение ее подвижности), отсутствие воспалительных изменений со стороны анализа крови.

* 1. Болезни крови, опухоль селезенки, абсцесс селезенки, объемное образование забрюшинного пространства.
  2. В плане обследования диагностически важным методом является УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (выявление анэхогенного образования с ровными четкими контурами, расположенного чаще в нижнем полюсе селезенки свидетельствует в пользу диагноза кисты селезенки). Кроме того, обязательны ренгенография легких и обследование с целью выявления специфических антител для дифференциальной диагностики паразитарных кист.
  3. Прогноз благоприятный
  4. При кистах селезенки показано оперативное лечение.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. проведение физикального обследование больного (перкуссию и аускультацию органов грудной клетки с целью определения границ легких и сердца, пальпацию живота, печена селезенка, определение их границ и размеров),
3. анализ лабораторных данных при спленомегали,
4. чтение рентгенограммы, спленопортограммы
5. проведение дифференциальной диагностики различных видов спленомегалий
6. назначение предоперационной подготовки,
7. проведение консервативной терапии в неоперабельных случаях,
8. проводение диспансеризации больных с синдромом спленомегалии
9. оформление истории болезни.

**1.Тема: «Хирургические заболевания селезенки»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Какова этиология спленомегалии?

2.Какова этиолигическая классификация спленомегалий?

3.Перечислите заболевания, приводящие к развитию бластомных спленомегалий

4.Перечислите заболевания, приводящие к развитию небластомных спленомегалий

5.Каков патогенез циркуляторной спленомегали?

6.Расскажите патогенез спленомегали при инфекционных и паразитарных заболеваниях

7. Расскажите патогенез спленомегали при системных заболеваниях

8.Перечислите основные симптомы острых изолированных поражений селезенки

9.В чем разница клинической картины изолированных и системных поражений селезенки

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ВСЕ КРОМЕ:

1. сердечная недостаточность
2. синдром Бадда-Киари
3. констриктивный перикардит
4. синдром портальной гипертензии
5. мезентериальный тромбоз

2. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НЕ ВЫЕВЛЯЕТСЯ:

1. микросфероцитоз
2. умеренное снижение гемоглобина
3. лейкоцитоз
4. высокий ретикулоцитоз
5. резкое снижение осмотической резистентности эритроцитов

3. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕПОНИРОВАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ВСЕ, КРОМЕ:

1. серповидноклеточная анемия
2. талассемия
3. аутоиммунная гемолитическая анемия
4. синдроме Рейе
5. эритремия

4. В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕ ВХОДИТ:

1. желтуха
2. анемия
3. спленомегалия
4. эритремия

5. БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. лейкоз
2. лимфома (лимфосаркома, лимфогранулематоз)
3. метабластическая нейробластома
4. эритремия
5. сепсис

6. В КЛАССИФИКАЦИЮ БОЛЕЗНЬ ВЕЛЬГОФА НЕ ВХОДИТ ФОРМА:

1. острая
2. подострая
3. хроническая
4. интермиттирующая

7. К ДОБРОКАЧЕСВТЕННЫМ ОПУХОЛЯМ СЕЛЕЗЕНКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. гемангиомы
2. лимфангиомы
3. фибромы
4. саркомы
5. остеомы

8. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВЕЛЬГОФА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. Носовые кровотечения
2. Маточные геморрагии
3. Кровоподтеки
4. Желудочно-кишечные кровотечения
5. Петехеальные кровоизлияния

9. ВЫБЕРЕТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВЕЛЬГОФА НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЕМОСТАЗА:

1. Увеличение продолжительности кровотечения
2. Уменьшение продолжительности кровотечения
3. Ретракция кровяного сгустка не нарушена
4. Тромбоцитоз
5. Изменения протромбинового времени и индекса

10. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

* + - 1. микросфероцитоза
      2. умеренного снижения гемоглобина
      3. лейкоцитоза
      4. высокого ретикулоцитоза
      5. резкого снижения осмотической резистентности эритроцитов

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1-5

2-3

3-5

4-4

5-5

6-4

7-4

8-2

9-5

10-3

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача 1**

В клинику детской хирургии обратился ребенок 4 лет с жалобами на боли в животе, наличие мелкой геморрагической сыпи на теле, повышение температуры.

Анамнез: ребенок в течение 3 дней получает лечение по поводу ОРВИ. Боли в животе появились 2 часа назад, мать заметила наличие сыпи. Контакт с инфекционными больными отрицает (ребенок не посещает детский сад). При беседе с матерью удалось выяснить, что ранее в течение жизни у ребенка периодически отмечались кровотечения из слизистой оболочки носа, мелкая сыпь на коже, синячки, чему мать не придавала значения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести, в сознании, адакватен. На коже верхних и нижних конечностей и туловища единичные элементы петехиальной сыпи и экхимозы. Печень не увеличена, край ее ровный, безболезненный. Селезенка не увеличена.

В анализах крови гемоглобин до 97г\л, формула не изменена. Тромбоциты 120\*109/л. Временя кровотечения 9 мин, при норме 2-4 мин).

При исследовании пунктата костного мозга - задержка созревания мегакариоцитов на ранних стадиях и образование их дегенеративных форм.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Объясните наличие у ребенка болей в животе
3. Объясните выявленные изменения в анализах крови
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. Какие симптомы являются значимыми для дифференциальной диагностики.
5. Определите тактику лечения

**Задача 2**

На прием к педиатру обратился ребенок 8 лет с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, потерю аппетита, быструю утомляемость, желтушное окрашивание кожи, склер, бледность и наличие опухолевидного образования в левой половине живота.

Анамнез. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 лет, но родители связывали это с повышенной нагрузкой в школе. Периодически отмечали наличие жалоб на боли в животе области печени. В последнее время мать обратила внимание на бледность ребенка, а в течение последней недели – на наличие желтушности кожи и «глаз».

При поступлении состояние ближе к тяжелому. Ребенок вялый, на вопросы отвечает не охотно, но адекватный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа чистая, бледная с желтушным оттенком, склеры иктеричные. При осмотре слизистой рта обращает внимание неправильное расположение зубов, высокое стояние неба. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (+3 см от края реберной дуги, несколько уплотнена, безболезненная. Селезенка увеличена (нижний полюс пальпируется на 5 см ниже реберной дуги).

В анализах крови: НЬ до 70 г\л, эритроциты 2,5\* 10 \л, микросфероцитоз (до 50%), уменьшение диаметра эритроцитов меньше 6,4 мкм, резкое снижение осмотической резистентности эритроцитов (норма мин. рез. эритроцитов 0,48, то при ГА 0,60 -0,70 и ниже). В биохимическом анализе крови – билирубин до 52 ммоль/л, АсТ 0,78 и АлТ 0,89

В моче содержание уробилина 120 мг (при норме 10 -20 мг). Количество стеркобилина в кале 1200 мг, (при норме 50-100 мг). В пунктате костного мозга число эритробластов составляет 66% всех клеток костного мозга.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Объясните наличие у ребенка болей в животе
3. Объясните выявленные изменения в анализах крови
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
5. Определите тактику лечения

**Задача 3**

В приемный покой детской хирургии доставлен ребенок 12 лет с жалобами в левом подреберье, интенсивные постоянного характера, иррадиирующие в левое надплечье, плечо, лопатку, повышение температуры до 380С, слабости, головокружения, шума в ушах, тошноту. Известно, что накануне ребенок упал с высоты 2 м на левый бок. За медицинской помощью не обращался. Около 2 часов назад после кашля появились интенсивные боли в животе. Доставлен родителями.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, принимает положение на левом боку либо полусидячее с приведёнными к животу ногами. Отмечается щадящее поверхностное дыхание, одышка. При осмотре ребёнка отмечается бледность кожных покровов, пульс 110 уд/мин, ослабление наполнения пульса. В области травмы на коже имеется след в виде ссадины и кровоподтека. Живот слегка вздут, слабо участвует в акте дыхания. Вздутие более выражено в верхней левой части живота. При пальпации живота отмечается болезненность в левом подреберье, напряжение мышц и признаки раздражения брюшины, положительный симптом «ванька-встаньки». В анализе крови – гемоглобин 108 г/л, эритроциты 2,6\*1012/л и лейкоциты 18,2\*109/л.

Задание

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте постановку диагноза
3. Объясните наличие у ребенка болей в животе
4. Определите тактику лечения

**Задача 4**

В клинику детской хирургии обратился ребенок Л., 11 лет с жалобами на боли в левом подреберье, с иррадиацией в левое плечо, надключичную область, наличие опухолевидного выпячивания в области левого подреберья, повышение температуры до 38,80С.

Анамнез. Боли в левом подреберье беспокоят в течение 2 недель, отмечалось повышение температуры до 37,50С. Обращался в поликлинику, где был выставлен диагноз ОРВИ, проводилась рентгенография органов грудной клетки с целью диагностики пневмонии (диагноз не подтвержден) назначена терапия. Несмотря на проводимое лечение, сохранялось повышение температуры, боли в животе слева. В последние 2 дня боли в левом подреберье усилились, с иррадиацией в левое плечо, надключичную область, повысилась температура до 38,80С, появилась припухлось и выпячивание в области левого подреберья.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому, самочувствие страдает. Кожа и видимые слизистые чистые, умеренно бледные. В легких дыхание проводится над всеми полями, несколько ослаблено слева в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 16 в мин, пульс 88 уд в мин., АД 110/70 мм рт ст.

Локально: живот подвздут, ассиметричный за счет деформации слева, где определяется пастозность кожи, утолщение кожной складки и выпячивание в области левого подреберья, болезненность при пальпации селезёнки. Боли усиливаются при движении и в положении на левом боку. Отмечается болезненность при поколачивании в области левого подреберья и по ходу соответствующего ребра, определяется флюктация в области селезёнки и напряжение мышц живота этой зоне.

При рентгенологическом исследовании выявлено ограничение подвижности левого купола диафрагмы, увеличение размеров тени селезёнки.

УЗИ – с селезенке визуализируется образование округлой формы, изо-гипоэхогенное, с ровными четкими контурами, гиперэхогенной капсулой, нечетким дорзальным усилением.

В анализах крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3,8\*1012/л, ЦП 0,9. Развернутый анализ крови: п/я 16, с/я 54, лф 20, м 8, эоз 2. В биохимическом анализе крови без патологических изменений.

Задание

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте постановку диагноза
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Каков может быть прогноз заболевания
5. Определите тактику лечения

**Задача №5**

На прием к педиатру обратился ребенок К., 11 лет с жалобами на тупые ноющие боли в животе, чувство тяжести и полноты в левом подреберье, усиливающееся после приема пищи.

Анамнез. Указанные жалобы беспокоят в течение полугода. За медицинской помощью не обращался. Удалось выяснить, что около 8 месяцев назад была травма живота, по поводу которой был госпитализирован в ЦРБ, где находился под наблюдением в течение 3 дней. Был выписан в удовлетворительном состоянии, УЗИ органов брюшной полости не проводилось.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, видимые слизистые чистые. В легких хрипов нет, сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 74 уд. в мин.

Локально: живот не вздут, обычной формы, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий. В области левого подреберья пальпируется гладкая эластичной консистенции безболезненная малоподвижная увеличенная селезёнка. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: Нв 127 г/л, эр 4,2\*1012/л, п/я 2, с/я 68, эоз 2, лф 22 мон 6, СОЭ 8 мм/час. В биохимическом анализе – без патологии.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования больного
4. Каков может быть прогноз заболевания
5. Определите тактику лечения

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Эталон ответа к задаче 1**

1. Тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический криз

Ведущим и характерным проявлением заболевания является наличие у больных гемморрагического синдрома (характерная локализация петехиальной сыпи), наличие тромбоцитопении

1. Боли в животе обусловлены кровоизлияниями в брыжейку, париетальную брюшину
2. Наличие анемии обусловлено геморрагическим синдромом.
3. Дифференциальная диагностика проводится с:
   * С гипопластической анемией, для которой при исследовании костного пунктата выявляется резкое уменьшение количества клеток всех трех ростков кроветворения, опустошение костного мозга. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ретикулоцитопения (панцитопения).
   * СКВ с синдромом Верльгофа. Дифференцируют на основании обнаружения в крови волчаночных клеток - феномен IE.
   * С болезнью Гоше. Отличительными особенностями которой являются: увеличение селезенки, печени с резким нарушением ее функции, изменения костной системы в виде очагов деструкции или расширения костномозговой полости с истончением изнутри кортикального слоя со своеобразным «булавидным» вздутием кости. Обнаружение клеток Гоше в пунктате костного мозга, селезенки, печени, лимфатических узлах.
   * С синдромом Фишера-Эвенса - сочетание ТПП с гемолитической анемией.
4. Лечение. 1) Консервативное. 2) Хирургическое (спленэктомия).  
   Показания к хирургическому лечению: безуспешность консервативной терапии при острой форме, при хронической форме в стадии ремиссии (в анамнезе частые и  
   выраженные геморрагии), по жизненным показаниям.

**Эталон ответа к задаче 2**

1. наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия

Характеризуется триадой симптомов заболевания: желтушное окрашивание кожи, склер, анемия и увеличение селезенки. Решающее значение имеют данные исследования состава крови, наличие микросфероцитов.

1. наличие жалоб на боли в животе области печени, селезенки обусловлено увеличением этих органов, напряжением капсулы, развитием периспленита или инфаркта селезенки.
2. Анемия обусловлена гемолитическим фактором. Степень гипербилирубинемии обусловлена не только интенсивностью гемолиза эритроцитов, но и скоростью перехода свободного билирубина в связанный.
3. Дифференциальная диагностика проводится с: отравлением химическими веществами, механической желтухой, биллиарным циррозом, ферментативной ГА, наследственной овалоцитарной ГА, аутоиммунной ГА.
4. Лечение: Консервативная терапия в лучшем случае приносит временное улучшение. Спленэктомия после ликвидации гемолитического криза.

**Эталон ответа к задаче 3**

1. тупая травма живота, разрыв селезенки, внутрибрюшной кровотечение
2. Наличие травмы (падение с высоты на левый бок) в анамнезе, наличие поверхностных повреждений в проекции селезенки, признаки кровопотери, признаки внутреннего кровотечения.
3. Боли в животе объясняются наличием гемоперитонеума. Иррадиирующие боли в левое надплечье, плечо, лопатку в обусловлены раздражением излившейся кровью веточек левого диафрагмального нерва.
4. Показано оперативное лечение в экстренном порядке.

**Эталон ответа к задаче 4**

1. абсцесс селезенки
2. Диагноз выставлен на основании данных УЗИ (наличие образования в селезенке), клинической картины, характерных для гнойно-воспалительного процесса изменений в анализах крови.
3. Дифференцировать абсцесс селезёнки приходится с левосторонним паранефритом, псоитом, абсцессом левой доли печени, флегмой брюшной стенки, а также с другими заболеваниями самой селезёнки (инфаркт, киста, эхинококк). Применение УЗИ имеет решающее значение в диагностике.
4. Прогноз при абсцессе селезёнки серьёзен. Нераспознанные гнойники при прорыве в брюшную полость или в соседние органы вызывают перитонит. Самоизлечение наблюдается чрезвычайно редко.
5. Лечение состоит в возможно ранней операции. Радикальным средством является спленэктомия. При невозможности её выполнения ограничиваются вскрытием гнойника (спленотомия) и его дренированием. В послеоперационном периоде показана антибиотикотерапия, переливание крови (по показаниям), витаминотерапия и общеукрепляющие мероприятия.

**Эталон к задаче 5**

* 1. Объемное образование селезенки (киста)

Диагноз может быть выставлен на основании жалоб больного (боли и чувство распирания в левом подреберье), объективных данных (увеличение селезенки, ограничение ее подвижности), отсутствие воспалительных изменений со стороны анализа крови.

* 1. Болезни крови, опухоль селезенки, абсцесс селезенки, объемное образование забрюшинного пространства.
  2. В плане обследования диагностически важным методом является УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (выявление анэхогенного образования с ровными четкими контурами, расположенного чаще в нижнем полюсе селезенки свидетельствует в пользу диагноза кисты селезенки). Кроме того, обязательны ренгенография легких и обследование с целью выявления специфических антител для дифференциальной диагностики паразитарных кист.
  3. Прогноз благоприятный
  4. При кистах селезенки показано оперативное лечение.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. проведение физикального обследование больного (перкуссию и аускультацию органов грудной клетки с целью определения границ легких и сердца, пальпацию живота, печена селезенка, определение их границ и размеров),
3. анализ лабораторных данных при спленомегали,
4. чтение рентгенограммы, спленопортограммы
5. проведение дифференциальной диагностики различных видов спленомегалий
6. назначение предоперационной подготовки,
7. проведение консервативной терапии в неоперабельных случаях,
8. проводение диспансеризации больных с синдромом спленомегалии
9. оформление истории болезни.

**1.Тема: «Заболевания толстой кишки. Мегаколон. Долихосигма. Болезнь Гиршпрунга».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиопатогенез болезни Гиршпрунга и долихосигмы?

2. Какие клинические признаки долихосигмы отличительны от болезни Гиршпрунга?

3. Методы диагностики долихосигмы и болезни Гиршпрунга?

4. Показания к консервативному лечению болезни Гиршпрунга?

5. Первая помощь при хронической каловой интоксикации?

6. Показания к оперативному лечению болезни Гиршпрунга?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В ОБЛАСТИ СТЕНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. гипертрофия мышечного слоя
2. отсутствие интрамуральных нервных ганглиев
3. повышенное содержание миелиновых волокон
4. гипертрофия слизистой оболочки
5. гипертрофия подслизистого слоя

2. ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

1. выпадение во время акта дефекации
2. выпадение при дефекации и умеренной физической нагрузке
3. выпадение при незначительной физической нагрузке
4. при наличии жидкого стула
5. периодически, не связано с дефекацией и нагрузкой

3. РЕШАЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА У ДЕТЕЙ

1. клиническая картина
2. ректальное пальцевое исследование
3. рентгеновские методы исследования
4. функциональные методы исследования
5. характер ранее перенесенной операции

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВЫНЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

* 1. запоры;
  2. хроническая каловая интоксикация;
  3. пародоксальные поносы;
  4. увеличение живота;
  5. все вышеперечисленное верно;

6. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. зоны сужения
2. затека контраста в брюшную полость
3. сглаженности или отсутствия гаустр
4. супрастенотического расширения
5. увеличение толстой кишки по длине и ширине.

7. ПОЗДНИМ СИМПТОМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. метеоризм
2. задержка стула
3. увеличение живота
4. пародоксальные поносы
5. упорные запоры

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С ОСТРОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. радикальная операция
2. колостома на восходящий отдел толстой кишки
3. колостома на поперечно-ободочную кишку
4. колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки

9. МЕГАДОЛИХОСИГМА – ЭТО

1. удлинение сигмовидной кишки
2. расширение сигмовидной кишки
3. удлинение и расширение сигмовидной кишки
4. сужение сигмовидной кишки
5. отсутствие сигмовидной кишки

10. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. врожденного аганглиоза участка толстой кишки
2. гипертрофии мышечного слоя толстой кишки
3. поражения подслизистого и слизистого слоев толстой кишки
4. дилятации толстой кишки
5. гипертрофии мышечного слоя тощей кишки

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 1
2. 4
3. 4
4. 2
5. 5
6. 2
7. 4
8. 2
9. 3
10. 4

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребёнок 11 лет с рождения страдает постоянными запорами. Стул только после очистительных и масляных клизм.

Обследован в детском хирургическом отделении. При ирригографии обнаружено сужение в ректосигмоидном отделе, выше сужения -супрастенотическое расширение. Последние 5 суток мать клизмы не проводила. Состояние ребёнка резко ухудшилось, появились многократная рвота, увеличение живота в объёме, при пальпации живота определяются каловые камни.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Каков алгоритм действий при оказании неотложной помощи данному ребёнку?

3. Какова тактика дальнейшего ведения больного?

4. Реабилитация.

**Задача №2**

На приёме у педиатра в поликлинике находится 2-х летний ребенок, страдающий с рождения запорами продолжительностью до 5 дней.

При осмотре: ребенок отстаёт в физическом развитии, кожные покровы бледные, «тени» под глазами, обращает на себя внимание увеличенный в объёме живот, по ходу толстой кишки пальпируются плотные образования.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика педиатра поликлиники?

3. Укажите алгоритм проведения обследования в стационаре.

4. Реабилитация на этапах лечения.

**Задача №3**

Ребёнок 8 лет страдает запорами в течение 3-х лет, отмечается задержка стула до 5-7 дней, в последние несколько дней отмечается недержание стула. Стула добивались периодически очистительными клизмами.

Объективно: ребёнок астенического телосложения, отстаёт в умственном развитии, кожные покровы бледные, живот увеличен в объёме. При контрастном исследовании толстой кишки выявлено, что сигма значительно удлинена в размере (имеет 4 петли).

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какой метод обследования поможет уточнить диагноз?

3. План лечения?

4. Профилактика.

**Задача №4**

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 болезнен при пальпации, перкуторно - пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы получена слизь в небольшом количестве и скудное количество мекония.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какой должна быть тактика педиатра?

3. Условия транспортировки?

4.Какие методы обследования позволят уточнить диагноз?

5. Реабилитация.

**Задача №5**

В краевой центр детской хирургии направлен ребенок с диагнозом «опухоль брюшной полости». Ребенку 2 года. Из анамнеза известно, что он с рождения страдает запорами, а с 1.5 лет нет самостоятельного стула, он отправляется только после клизмы. При осмотре обращает на себя внимание отставание ребенка в физическом развитии, бледность кожных покровов. Живот резко увеличен в объеме, при пальпации в левой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером 15×10×10 округлое подвижное.

Задания:

1. Поставьте диагноз

2. Этиология заболевания

3. Какой из методов рентгенографии можно использовать при данном заболевании?

4. Ваша лечебная тактика

5. Реабилитация на этапах лечения.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Болезнь Гиршпрунга, стадия декомпенсации.

2. Коррекция водно-солевого баланса, сердечно-сосудистые средства, сифонные клизмы 1% раствором хлорида натрия до 10 литров с выведением жидкости через газоотводную трубку.

3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

4. Необходимо проведение комплексного лечения, включающего диетотерапию, физиотерапию (УЗ, электрофорез с прозерином, ЛФК, массаж), профилактика стеноза анального канала - бужирование прямой кишки в отдалённом послеоперационном периоде.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Болезнь Гиршпрунга.

2. Рекомендовать осмотр детского хирурга.

3. Очистительная клизма, при неэффективности - сифонная (1% раствором хлорида натрия), с последующим проведением контрастного исследования толстой кишки, колоноскопия.

4. Наблюдение у врача педиатра, детского хирурга, проктолога в течении 2-3 лет. Общеукрепляющее лечение, физиолечение и лечебная физкультура с целью профилактики развития недостаточности или стеноза анального жома.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Долихосигма.

2. Ирригография.

3. При выявлении долихосигмы необходимо проведения комплексного

консервативного лечения, включающего: диетотерапию, очистительные клизмы, физиопроцедуры (УЗ, электрофорез с прозерином, ЛФК, массаж), стимулирующую терапию - прозерин в/м.

4. Правильное питание, активный образ жизни, ЛФК, повторные курсы вышеуказанной терапии 3-4 раза в год, наблюдение проктолога и детского хирурга.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Низкая кишечная непроходимость, возможно, острая форма болезни Гиршпрунга.

2. Срочная консультация детского хирурга.

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Рентген-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта

крахмал-контрастной смесью в динамике (через 2 и 4 часа) и ирригография.

5. После оперативной коррекции порока наблюдение детского хирурга в течение года. В раннем послеоперационном периоде проведение противоспаечной терапии.

**Задача №5:**

1. Болезнь Гиршпрунга с образованием каловых камней и скоплением каловых масс в толстой кишке.

2. Врожденный аганглиоз толстой кишки – отсутствие собственно нервных клеток в мышечном сплетении Ауэрбаха и подслизистом сплетении Майсснера, с отсутствием сокращения в пораженной зоне кишки, застоем каловых масс в вышележащих отделах, в результате чего возникает значительное расширение и удлинение кишки.

3. После ликвидации калового завала – ирригография.

4. Наложение разгрузочной колостомы или цекостомы, или к радикальной операции (в зависимости от формы заболевания: компенсированная, субкомпенсированная или декомпенсированная).

5. Наблюдение детского хирурга, проктолога в течении 1 года после операции с применением физиотерапевтического лечения, общеукрепляющего и ЛФК для профилактики стеноза и недержания анального сфинктера.

**6. Перечень практических умений:**

1. Пальпация и аускультация живота,

2. Измерение объема живота,

3. Ректальное пальцевое исследование,

4. Ирригография,

5. Чтение рентгенограмм,

6. Перевязка больного.

7. Зондирование прямой кишки

8.Сифонная клизма

**1.Тема: «Заболевания толстой кишки. Функциональные расстройства толстой кишки».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

- навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре.

1. Этиопатогенез функциональных расстройств толстой кишки ?

2. Какие клинические признаки функциональных расстройств толстой кишки

3. Методы диагностики функциональных расстройств толстой кишки

4. Перечислить показания к оперативному лечению долихосигмы?

5. Показания к консервативному лечению функциональных расстройств толстой кишки

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В ОБЛАСТИ СТЕНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. гипертрофия мышечного слоя
2. отсутствие интрамуральных нервных ганглиев
3. повышенное содержание миелиновых волокон
4. гипертрофия слизистой оболочки
5. гипертрофия подслизистого слоя

2. ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

1. выпадение во время акта дефекации
2. выпадение при дефекации и умеренной физической нагрузке
3. выпадение при незначительной физической нагрузке
4. при наличии жидкого стула
5. периодически, не связано с дефекацией и нагрузкой

3. РЕШАЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА У ДЕТЕЙ

1. клиническая картина
2. ректальное пальцевое исследование
3. рентгеновские методы исследования
4. функциональные методы исследования
5. характер ранее перенесенной операции

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВЫНЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

* 1. запоры;
  2. хроническая каловая интоксикация;
  3. пародоксальные поносы;
  4. увеличение живота;
  5. все вышеперечисленное верно;

6. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. зоны сужения
2. затека контраста в брюшную полость
3. сглаженности или отсутствия гаустр
4. супрастенотического расширения
5. увеличение толстой кишки по длине и ширине.

7. ПОЗДНИМ СИМПТОМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. метеоризм
2. задержка стула
3. увеличение живота
4. пародоксальные поносы
5. упорные запоры

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С ОСТРОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. радикальная операция
2. колостома на восходящий отдел толстой кишки
3. колостома на поперечно-ободочную кишку
4. колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки

9. МЕГАДОЛИХОСИГМА – ЭТО

1. удлинение сигмовидной кишки
2. расширение сигмовидной кишки
3. удлинение и расширение сигмовидной кишки
4. сужение сигмовидной кишки
5. отсутствие сигмовидной кишки

10. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. врожденного аганглиоза участка толстой кишки
2. гипертрофии мышечного слоя толстой кишки
3. поражения подслизистого и слизистого слоев толстой кишки
4. дилятации толстой кишки
5. гипертрофии мышечного слоя тощей кишки

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 1
2. 4
3. 4
4. 2
5. 5
6. 2
7. 4
8. 2
9. 3
10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

Ребёнок 11 лет с рождения страдает постоянными запорами. Стул только после очистительных и масляных клизм.

Обследован в детском хирургическом отделении. При ирригографии обнаружено сужение в ректосигмоидном отделе, выше сужения -супрастенотическое расширение. Последние 5 суток мать клизмы не проводила. Состояние ребёнка резко ухудшилось, появились многократная рвота, увеличение живота в объёме, при пальпации живота определяются каловые камни.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Каков алгоритм действий при оказании неотложной помощи данному ребёнку?

3. Какова тактика дальнейшего ведения больного?

4. Реабилитация.

**Задача №2**

На приёме у педиатра в поликлинике находится 2-х летний ребенок, страдающий с рождения запорами продолжительностью до 5 дней.

При осмотре: ребенок отстаёт в физическом развитии, кожные покровы бледные, «тени» под глазами, обращает на себя внимание увеличенный в объёме живот, по ходу толстой кишки пальпируются плотные образования.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика педиатра поликлиники?

3. Укажите алгоритм проведения обследования в стационаре.

4. Реабилитация на этапах лечения.

**Задача №3**

Ребёнок 8 лет страдает запорами в течение 3-х лет, отмечается задержка стула до 5-7 дней, в последние несколько дней отмечается недержание стула. Стула добивались периодически очистительными клизмами.

Объективно: ребёнок астенического телосложения, отстаёт в умственном развитии, кожные покровы бледные, живот увеличен в объёме. При контрастном исследовании толстой кишки выявлено, что сигма значительно удлинена в размере (имеет 4 петли).

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какой метод обследования поможет уточнить диагноз?

3. План лечения?

4. Профилактика.

**Задача №4**

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 болезнен при пальпации, перкуторно - пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы получена слизь в небольшом количестве и скудное количество мекония.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какой должна быть тактика педиатра?

3. Условия транспортировки?

4.Какие методы обследования позволят уточнить диагноз?

5. Реабилитация.

**Задача №5**

В краевой центр детской хирургии направлен ребенок с диагнозом «опухоль брюшной полости». Ребенку 2 года. Из анамнеза известно, что он с рождения страдает запорами, а с 1.5 лет нет самостоятельного стула, он отправляется только после клизмы. При осмотре обращает на себя внимание отставание ребенка в физическом развитии, бледность кожных покровов. Живот резко увеличен в объеме, при пальпации в левой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером 15×10×10 округлое подвижное.

Задания:

1. Поставьте диагноз

2. Этиология заболевания

3. Какой из методов рентгенографии можно использовать при данном заболевании?

4. Ваша лечебная тактика

5. Реабилитация на этапах лечения.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Болезнь Гиршпрунга, стадия декомпенсации.

2. Коррекция водно-солевого баланса, сердечно-сосудистые средства, сифонные клизмы 1% раствором хлорида натрия до 10 литров с выведением жидкости через газоотводную трубку.

3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

4. Необходимо проведение комплексного лечения, включающего диетотерапию, физиотерапию (УЗ, электрофорез с прозерином, ЛФК, массаж), профилактика стеноза анального канала - бужирование прямой кишки в отдалённом послеоперационном периоде.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Болезнь Гиршпрунга.

2. Рекомендовать осмотр детского хирурга.

3. Очистительная клизма, при неэффективности - сифонная (1% раствором хлорида натрия), с последующим проведением контрастного исследования толстой кишки, колоноскопия.

4. Наблюдение у врача педиатра, детского хирурга, проктолога в течении 2-3 лет. Общеукрепляющее лечение, физиолечение и лечебная физкультура с целью профилактики развития недостаточности или стеноза анального жома.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Долихосигма.

2. Ирригография.

3. При выявлении долихосигмы необходимо проведения комплексного

консервативного лечения, включающего: диетотерапию, очистительные клизмы, физиопроцедуры (УЗ, электрофорез с прозерином, ЛФК, массаж), стимулирующую терапию - прозерин в/м.

4. Правильное питание, активный образ жизни, ЛФК, повторные курсы вышеуказанной терапии 3-4 раза в год, наблюдение проктолога и детского хирурга.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Низкая кишечная непроходимость, возможно, острая форма болезни Гиршпрунга.

2. Срочная консультация детского хирурга.

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Рентген-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта

крахмал-контрастной смесью в динамике (через 2 и 4 часа) и ирригография.

5. После оперативной коррекции порока наблюдение детского хирурга в течение года. В раннем послеоперационном периоде проведение противоспаечной терапии.

**Задача №5:**

1. Болезнь Гиршпрунга с образованием каловых камней и скоплением каловых масс в толстой кишке.

2. Врожденный аганглиоз толстой кишки – отсутствие собственно нервных клеток в мышечном сплетении Ауэрбаха и подслизистом сплетении Майсснера, с отсутствием сокращения в пораженной зоне кишки, застоем каловых масс в вышележащих отделах, в результате чего возникает значительное расширение и удлинение кишки.

3. После ликвидации калового завала – ирригография.

4. Наложение разгрузочной колостомы или цекостомы, или к радикальной операции (в зависимости от формы заболевания: компенсированная, субкомпенсированная или декомпенсированная).

5. Наблюдение детского хирурга, проктолога в течении 1 года после операции с применением физиотерапевтического лечения, общеукрепляющего и ЛФК для профилактики стеноза и недержания анального сфинктера.

**6. Перечень практических умений:**

1. Пальпация и аускультация живота,

2. Измерение объема живота,

3. Ректальное пальцевое исследование,

4. Ирригография,

5. Чтение рентгенограмм,

6. Перевязка больного.

7. Зондирование прямой кишки

8.Сифонная клизма

**1.Тема: «Портальная гипертензия. Внутрипеченочный блок. Надпеченочный блок».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Анатомическое строение печени и системы воротной вены,

2.Физиологию портального кровообращения

3.Пути коллатерального кровотока,

4.Классификацию портальной гипертензи

5.Заболевания печени, приводящие к развитию различных форм портальной гипертензии,

6.Клиническую картину поражения печени,

7.Лабораторные методы диагностики поражения печени

8.Методы инструментальной диагностики портальной гипертензии

9.Сущность гиперспеленизма,

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.. К РАЗВИТИЮ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИВОДИТ

1. опухоли печени
2. атрезия желчных ходов
3. болезнь Боткина
4. абсцесс печени
5. пупочный сепсис

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1. Кардиальный отдел желудка
2. Антральный отдел желудка
3. Терминальный отдел пищевода
4. Геморроидальные вены
5. Большая кривизна желудка

3. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ:

1. Зонд Блекмора
2. Криотерапия
3. Тромбирование сосудов
4. Эмболизация вен, артерий
5. Склеротерапия

4. ДЛЯ ВЫБОРА ПРИВИЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ ВСЕ , КРОМЕ:

1. степень компенсации функции печени;
2. активность процесса;
3. стадию изменения порто-печеночной гемодинамики
4. наличие или отсутствие гиперспленизма
5. состояние функции почек

5. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1. 1,2,3 степени
2. Компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.
3. Легкая, среднетяжелая, тяжелая.
4. 1,2,3,4,5 степени
5. Осложненная, неосложненная формы.

6. ПРИ ПРОФУЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ БЛОКОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПОКАЗАНО:

1. Консервативная терапия
2. Экстренное струйное переливание крови
3. Срочное оперативное лечение на фоне массивной гематрансфузии
4. Операция в случае неэффективности консервативных мероприятий
5. все верно

7. ДАВЛЕНИЕ В ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. От 300 до 390 мм водного столба
2. От 200 до 290 мм водного столба
3. 120 мм водного столба
4. Менее 120 мм водного столба
5. 300 мм водного столба

8. В ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНКИ НЕ ВХОДИТ

1. тромбоз сосудов селезеночной ножки
2. инфаркт селезенки
3. некроз селезенки (при перекруте)
4. варикозное расширение вен
5. гемангиомы

9. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОТНОСЯТ

1. лимфоцитоз, анемия, гепатомегалия
2. лейкопения, анемия, гепатомегалия
3. анемия, лейкоцитоз, гепатомегалия
4. анемия (эритропения), лейкопения, тромбоцитопения
5. анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

* + 1. Хлористый кальций
    2. Криоплазма
    3. Фибриноген
    4. Викасол
    5. Амбен

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 2
2. 2
3. 4
4. 3
5. 2
6. 2
7. 4
8. 4
9. 3
10. 3

**5. Задачи по теме занятия:**

**Задача №1**

На прием к педиатру обратилась мать с 5-ти летним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. При осмотре, выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в, пределах нормы. Селезенка + 5 см из под реберной дуги.

Ребенок второй в семье, доношенный. После родов в течении 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, страдает метеоризмом. При осмотре выявлена увеличенная селезенка. Ребенок находился под наблюдением.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Общий анализ крови: Ни 75 г/л. Эр 2,0\* 10 п , ЦП 0,9, Лецкоц.4,5\*10 9,

п/я 3%, с/я 60%, Э - 3%, Л - 2 J %, м - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

Облит анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН- 6,0, уд. вес - 1018, белок - нет, Лецкоциты - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины: cti - 4%, аг - 12%, (В - 14%,у - 18%, щелочная фосфатаза - 70 ед/л, АлАТ -0,15 ед, АсАТ - 0,2 ед., амилаза 30 ед, Тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л - прямой.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены множество мелких сосудов разного калибра.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

**Задача № 2**

В клинику поступил ребенок 3 лет с жалобами на двукратную рвоту содержимым типа кофейной гущи. Накануне мать отмечала наличие черного стула.

В анамнезе: в периоде новорожденности – длительное мокнутие пупочной ранки.

При объективном осмотре: состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, губы бледно-розовые, умеренно выражено расширение венозной сети на передней брюшной стенке и грудной клетке. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, селезенка выступает на 4 см. из-под края реберной дуги, плотная. ***ОАК:*** Hb – 84 г/л, эр. – 1,6 х 1012/л, л. – 4,5 х 109/л, ЦП – 0,8; СОЭ – 12 мм/час.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

**Задача № 3**

В клинику поступила девочка 8 лет с жалобами на боли в животе, высокую температуру, рвоту. Заболела остро, вначале появились боли в животе, рвота, фебрильная температура, с гектическими размахами. В анамнезе отмечают прием парацетамола в течение 5 дней по поводу ОРВИ.

При осмотре: Состояние очень тяжелое, выражен интоксикационный синдром и признаки водно-электролитных нарушений: бледность кожных покровов, темные круги вокруг глаз, тахикардия до 110 уд/мин.

Местно: Живот увеличен в объеме, при пальпации определяется напряжение, свободная жидкость, печень резко увеличена, болезненна.

***В общем анализе крови:*** гиперлейкоцитоз до 25,2 х 109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ до 50 мм/час.

**Задания**

1. Каков Ваш предположительный диагноз у данной больной?
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм и план лечения ребенка.

**Задача №4**

В клинику поступил ребёнок 6-ти лет с жалобами на боли в эпигастрии, рвота «кофейной гущей», слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается в Гепатоцентре с диагнозом хронический активный гепатит. Объективно: кожные покровы и слизистые сухие, бледные, определяются «сосудистые звездочки», пальмарная эритема; тоны сердца приглушены, тахикардия, АД 80/50 мм рт. ст.; со стороны легких – без патологии; живот не вздут, при пальпации отмечаются увеличенные печень (+5 см из-под края реберной дуги, плотная, бугристая) и селезёнка (+3 см).

В анализах крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение билирубина (прямая фракция), гипопротеинемия, повышение активности трансаминаз.

**Задания**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза
3. Что явилось причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.
6. Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача №5**

На прием обратился ребенок 3 лет с жалобами на увеличение живота, периодическую слабость, изменения в анализах крови (стойкое снижение гемоглобина).

Анамнез: ребенок болен с рождения, постоянно получает лечение у педиатра по поводу анемии (препараты железа) – без эффекта. В последние несколько отмечено увеличение живота. Стул регулярный, без изменений.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, родился в 36 недель в тяжелом состоянии. Находился в течение недели после рождения в реанимационном отделении, проводилась интенсивная терапия. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, бронхит. Гепатитом не болел.

Объективно: состояние средней тяжести. Активный, контактный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа, видимые слизистые чистые, бледноватые, губы бледно розовые. Периферические л/у не увеличены. В легких хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, пульс 88 уд в мин. Живот увеличен в объеме, брюшная стенка несколько атоничная. Глубокая пальпация не затруднена, болезненности нет. Печень под краем реберной дуги, б/б. Селезенка увеличена (+5 см от края реберной дуги), уплотнена, б/б. Симптомов раздражения брюшины нет.

В анализах крови: Нв 65 г/л, эр 2,0\*1012/л, ЦП 0,89, лейкоциты 3,2\*109/л, п/я 2, с/я 68, лф 24, мон 6, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови – без патологии.

Задание

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Составьте дифференциальный диагностический ряд.
3. Что могло явиться причиной данной патологии?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребенка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Врожденная аномалия воротной вены

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При выявлении спленомегалии необходимо обследование с целью дифференциальной диагностики.

**Задача 2**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Флебит пупочной вены и как следствие тромбоз.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

1. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
   6. При наличия воспаления в области пупочной ранки – консультация хирурга, УЗИ в динамике, решение вопроса об антибактериальной терапии и лечении в условиях стационара.

**Задача 3**

1. Надпеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза печеночных вен (с-м Киари), синдром портальной гипертензии, печеночная недостаточность, асцит.

2. Диагноз поставлен на основании наличия резкоувеличенной и болезненной печени, наличие в анамнезе приема парацетамола, признаков печеночной недостаточности (асцит), признаков спленомегалии.

3. Флебит и тромбоз печеночных вен.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия, интенсивная терапия, коррекция гемостаза, гормональная терапия.

**Задача 4**

1. Внутрипеченочный блок портального кровообращения на фоне хронического гепатита, цирроза печени, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия в анамнезе хронического гепатита.

3. Цирроз печени как исход хронического гепатита.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза.

**Задача 5**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, синдром портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, компенсированная стадия.
2. ВБПК, заболевания крови (наследственная апластическая анемия), гемолитическая анемия.
3. Катетеризация пупочной вены.
4. При обследовании ребенка необходимо: УЗИ органов брюшной полости, допплерография сосудов порто-печеночого региона, спленопортография, ФГС, исследование системы гемостаза, (стернальная пункция в исключительных случаях).
5. В данной ситуации, учитывая степень гиперспленизма (и как следствие анемию 3 ст) показано оперативное лечение – порто-системное шунтирование.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение размеров печени и селезенки
4. Перкуссия, аускультация живота
5. Проведение ректального пальцевого исследования
6. Интерпретация анализов
7. Интерпретация результатов инструментальные методов обследования (ФГС, УЗИ, спленопортографии) с целью дифференциальной диагностики
8. Обоснование диагноза
9. Оформление истории болезни
10. Методы оценки степени кровопотери
11. Лапароцентез, лапароскопия

Методы остановки наружного кровотечения

**1.Тема: «Портальная гипертензия. Подпеченочный блок. Смешенный блок».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Анатомическое строение печени и системы воротной вены,

2.Физиологию портального кровообращения

3.Пути коллатерального кровотока,

4.Классификацию портальной гипертензи

5.Заболевания печени, приводящие к развитию различных форм портальной гипертензии,

6.Клиническую картину поражения печени,

7.Лабораторные методы диагностики поражения печени

8.Методы инструментальной диагностики портальной гипертензии

9.Сущность гиперспеленизма,

10. Медикаментозные средства, применяемые в детской хирургии

11. Оперативное лечение.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ОЦЕНКИ ДАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

1.эзофагография

2.спленоманометрия

3.трансумбиликальная гепатоманометрия и гепатопортография

4.каваграфия

2. НАЗОВИТЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (2).

1.спленоренальный анастомоз

2.спленэктомия

3.органоанастомозы и спленэктомия

4.прямой потро-кавальный анастомоз

5.операция Таннера

3. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА?

1.органоанастомоз и спленэктомия

2.операция Тальма

3.перевязка вен пищевода

4.операция Таннера

5.гастротомия с перевязкой вен

4. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ЗОНД БЛЕКМОРА

1.с диагностической целью

2.с целью остановки кровотечения из вен пищевода

3.с целью остановки кровотечения из вен желудка

4.для кормления больных после операций на пищеводе.

5. ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ ВКЛЮЧАЕТ (3):

1.идеопатическую трансформацию воротной вены

2.тромбоз воротной вены

3.флебит системы воротной вены

4.хронический персистирующий гепатит

5.цирроз печени

6. ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. идеопатическую трансформацию воротной вены
2. тромбоз воротной вены
3. флебит системы воротной вены
4. хронический персистирующий гепатит
5. цирроз печени

7. ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СИНДРОМЕ БАДДА-КИАРИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. идеопатическую трансформацию воротной вены
2. тромбоз воротной вены
3. флебит системы воротной вены
4. хронический персистирующий гепатит
5. цирроз печени
6. фиброхолангиокистоз печени

8. ДЛЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ (2):

1. запоры
2. стул с алой кровью
3. рвота с кровью
4. артериальная гипертензия
5. симптом Ортнера

9. ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ:

1. консервативное
2. склерозирование варикозных вен пищевода
3. шунтирующие сосудистые операции
4. спленэктомия

10. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1. давление повышено в печени, селезенке, в воротной вене и брыжеечных венах
2. давление повышено в селезенке, в воротной вене, нормальное в печени.
3. давление не изменено с селезеночной и воротной венах
4. давление повышено в печени, нормальное в селезеночной и воротной венах

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **ответ** |
| **1** | 2 |
| **2** | 1,4 |
| **3** | 5 |
| **4** | 2 |
| **5** | 1,2,3 |
| **6** | 5 |
| **7** | 4,5 |
| **8** | 8 |
| **9** | 3 |
| **10** | 2 |

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

На прием к педиатру обратилась мать с 5-ти летним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. При осмотре, выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в, пределах нормы. Селезенка + 5 см из под реберной дуги.

Ребенок второй в семье, доношенный. После родов в течении 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, страдает метеоризмом. При осмотре выявлена увеличенная селезенка. Ребенок находился под наблюдением.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Общий анализ крови: Ни 75 г/л. Эр 2,0\* 10 п , ЦП 0,9, Лецкоц.4,5\*10 9,

п/я 3%, с/я 60%, Э - 3%, Л - 2 J %, м - 7%, СОЭ - 10 мм/час.

Облит анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН- 6,0, уд. вес - 1018, белок - нет, Лецкоциты - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины: cti - 4%, аг - 12%, (В - 14%,у - 18%, щелочная фосфатаза - 70 ед/л, АлАТ -0,15 ед, АсАТ - 0,2 ед., амилаза 30 ед, Тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л - прямой.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены множество мелких сосудов разного калибра.

Задание

1.Поставьте диагноз.

2.Обоснование диагноза

3.Что явилось причиной данной патологии?

4Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5. Составьте план лечения ребенка.

6. Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача № 2**

В клинику поступил ребенок 3 лет с жалобами на двукратную рвоту содержимым типа кофейной гущи. Накануне мать отмечала наличие черного стула.

В анамнезе: в периоде новорожденности – длительное мокнутие пупочной ранки.

При объективном осмотре: состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, губы бледно-розовые, умеренно выражено расширение венозной сети на передней брюшной стенке и грудной клетке. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, селезенка выступает на 4 см. из-под края реберной дуги, плотная. ***ОАК:*** Hb – 84 г/л, эр. – 1,6 х 1012/л, л. – 4,5 х 109/л, ЦП – 0,8; СОЭ – 12 мм/час.

**Задания**

1.Поставьте диагноз.

2.Обоснование диагноза

3.Что явилось причиной данной патологии?

4.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5.Составьте план лечения ребенка.

6.Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача № 3**

В клинику поступила девочка 8 лет с жалобами на боли в животе, высокую температуру, рвоту. Заболела остро, вначале появились боли в животе, рвота, фебрильная температура, с гектическими размахами. В анамнезе отмечают прием парацетамола в течение 5 дней по поводу ОРВИ.

При осмотре: Состояние очень тяжелое, выражен интоксикационный синдром и признаки водно-электролитных нарушений: бледность кожных покровов, темные круги вокруг глаз, тахикардия до 110 уд/мин.

Местно: Живот увеличен в объеме, при пальпации определяется напряжение, свободная жидкость, печень резко увеличена, болезненна.

**В общем анализе крови:** гиперлейкоцитоз до 25,2 х 109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ до 50 мм/час.

**Задания**

1.Каков Ваш предположительный диагноз у данной больной?

2.боснование диагноза

3.то явилось причиной данной патологии?

4.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм и план лечения ребенка.

**Задача №4**

В клинику поступил ребёнок 6-ти лет с жалобами на боли в эпигастрии, рвота «кофейной гущей», слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается в Гепатоцентре с диагнозом хронический активный гепатит. Объективно: кожные покровы и слизистые сухие, бледные, определяются «сосудистые звездочки», пальмарная эритема; тоны сердца приглушены, тахикардия, АД 80/50 мм рт. ст.; со стороны легких – без патологии; живот не вздут, при пальпации отмечаются увеличенные печень (+5 см из-под края реберной дуги, плотная, бугристая) и селезёнка (+3 см).

В анализах крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, повышение билирубина (прямая фракция), гипопротеинемия, повышение активности трансаминаз.

**Задания**

1.Поставьте диагноз.

2.Обоснование диагноза

3.Что явилось причиной данной патологии?

4.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5.Составьте план лечения ребенка.

6.Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Задача №5**

На прием обратился ребенок 3 лет с жалобами на увеличение живота, периодическую слабость, изменения в анализах крови (стойкое снижение гемоглобина).

Анамнез: ребенок болен с рождения, постоянно получает лечение у педиатра по поводу анемии (препараты железа) – без эффекта. В последние несколько отмечено увеличение живота. Стул регулярный, без изменений.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, родился в 36 недель в тяжелом состоянии. Находился в течение недели после рождения в реанимационном отделении, проводилась интенсивная терапия. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, бронхит. Гепатитом не болел.

Объективно: состояние средней тяжести. Активный, контактный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа, видимые слизистые чистые, бледноватые, губы бледно розовые. Периферические л/у не увеличены. В легких хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, пульс 88 уд в мин. Живот увеличен в объеме, брюшная стенка несколько атоничная. Глубокая пальпация не затруднена, болезненности нет. Печень под краем реберной дуги, б/б. Селезенка увеличена (+5 см от края реберной дуги), уплотнена, б/б. Симптомов раздражения брюшины нет.

В анализах крови: Нв 65 г/л, эр 2,0\*1012/л, ЦП 0,89, лейкоциты 3,2\*109/л, п/я 2, с/я 68, лф 24, мон 6, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови – без патологии.

Задание

1.Поставьте предположительный диагноз.

2.Составьте дифференциальный диагностический ряд.

3.Что могло явиться причиной данной патологии?

4.Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

5.Составьте план лечения ребенка.

6.Правильна ли тактика врача-педиатра?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача 1**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Врожденная аномалия воротной вены

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При выявлении спленомегалии необходимо обследование с целью дифференциальной диагностики.

**Задача 2**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

3. Флебит пупочной вены и как следствие тромбоз.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения.  
6. При наличия воспаления в области пупочной ранки – консультация хирурга, УЗИ в динамике, решение вопроса об антибактериальной терапии и лечении в условиях стационара.

**Задача 3**

1. Надпеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза печеночных вен (с-м Киари), синдром портальной гипертензии, печеночная недостаточность, асцит.

2. Диагноз поставлен на основании наличия резкоувеличенной и болезненной печени, наличие в анамнезе приема парацетамола, признаков печеночной недостаточности (асцит), признаков спленомегалии.

3. Флебит и тромбоз печеночных вен.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия, интенсивная терапия, коррекция гемостаза, гормональная терапия.

**Задача 4**

1. Внутрипеченочный блок портального кровообращения на фоне хронического гепатита, цирроза печени, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия в анамнезе хронического гепатита.

3. Цирроз печени как исход хронического гепатита.

4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза.

**Задача 5**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, синдром портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, компенсированная стадия.
2. ВБПК, заболевания крови (наследственная апластическая анемия), гемолитическая анемия.
3. Катетеризация пупочной вены.
4. При обследовании ребенка необходимо: УЗИ органов брюшной полости, допплерография сосудов порто-печеночого региона, спленопортография, ФГС, исследование системы гемостаза, (стернальная пункция в исключительных случаях).
5. В данной ситуации, учитывая степень гиперспленизма (и как следствие анемию 3 ст) показано оперативное лечение – порто-системное шунтирование.
6. Необходимо было провести клиническое обследование с целью выявления причины анемии. Выполнение УЗИ явилось бы значимым для своевременной постановки диагноза.

**6. Перечень практических умений:**

1.Сбор анамнеза

2.Измерение пульса

3.Пальпация живота, определение размеров печени и селезенки

4.Перкуссия, аускультация живота

5.Проведение ректального пальцевого исследования

6.Интерпретация анализов

7..Интерпретация результатов инструментальные методов обследования (ФГС, УЗИ, спленопортографии) с целью дифференциальной диагностики

8.Обоснование диагноза

9.Оформление истории болезни

10.Методы оценки степени кровопотери

11.Лапароцентез, лапароскопия

12.Методы остановки наружного кровотечения

**1.Тема: «Опухоли костей у детей. Доброкачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия костных опухолей
2. истоструктура костных опухолей
3. Классификация опухолей ВОЗ и М.В. Волкова
4. Особенности клинического течения, общие и местные симптомы
5. Диагностика, методы исследования
6. Дифференциальная диагностика
7. Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли
8. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОВА ЧАСТОТА КОСТНЫХ САРКОМ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ? (1)

а. 75%

б. 2- 3%

в. 50- 60%

г. 6 -7%

д. 0,6%

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМЫЙ ВОЗРАСТ ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ И САРКОМЕ ЮИНГА: (1)

а. новорождённые

б. 1-2 года

в. 3-5 лет

г. 7-9 лет

д. 12-14лет

3. К ОСТЕОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: (1)

а. остеогенная саркома

б. саркома Юинга

в. остеобластокластома

г. остеоид-остеома

д. остеома

4. К ХРЯЩЕОБРАЗУЮЩИМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: (1)

а. экхондрома

б. опухоль Кодмена

в. энхондрома

г. хондросаркома

д. эозинофильная гранулема

5. К КОСТНО-МОЗГОВЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: (2)

а. эозинофильная гранулема кости

б. саркома Юинга

в. опухоль Кодмена

г. лимфосаркома кости

д. ретикулосаркома кости

6. К НЕСТЕОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: (1)

а. миксома, миксосаркома

б. фиброма, фибросаркома

в. гемангиома, ангиосаркома

г. невринома, нейросаркома

д. эозинофильная гранулема

е. опухоль Кодмена

ж. липома, липосаркома

7. ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГУБЧАТОЙ И КОМПАКТНОЙ ОСТЕОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

* + - 1. пункционное лечение
      2. краевая резекция кости
      3. выжидательная тактика
      4. оперативное лечение не показано
      5. операция проводится только в случае бурного роста остеомы

8. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭПИФИЗАРНОЙ ХОНДРОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гомогенный очаг поражения кости больших размеров
2. очаг деструкции в кости, исходящий из эпифизарной пластинки и занимающий эпифиз и прилежащую к эпифизарной пластинке часть метафиза, надкостница может быть отслоена
3. очаг деструкции на рентгенограмме представлен крапчатой структурой
4. при хондробластоме характерен выход опухоли в мягкие ткани, патологический перелом кости
5. наличие спикул и козырька

9. ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гиперпластический процесс с периостальной реакцией в месте опухоли
2. литический процесс без периостальной реакции
3. литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ
4. полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований
5. «луковичный» периостит

10. ТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКХОНДРОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ: (3)

а.ограничение функций конечности

б. ночные боли

в. деформация конечности

г. локализация опухоли в области эпиметафизов длинных трубчатых костей

д.направление роста кнаружи

е. общий опухолевый симптомокомплекс

**Эталоны ответов на тесты по теме:**

1-г

2-д

3-б

4-д

5-а, в

6-е

7-б

8-б

9-б

10-в, г, д

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В поликлинике на приёме у детского хирурга мальчик 11 лет, у которого в верхней трети правой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности.

Объективно: правое плечо деформировано в верхней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 3×5 см, при пальпации костной плотности, не смещается, кожа над ним не изменена, несколько натянута.

Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

На рентгенограмме правой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Какую лечебную тактику Вы выберите?

5. В чём заключается реабилитация больного после операции?

**Задача №2**

Мальчик 14 лет в течение двух месяцев жалуется на боли в области левого коленного сустава, которые последние две недели стали носить мучительный характер. Ребенок плохо спит по ночам из-за болей, у него снизился аппетит, он похудел.

При осмотре обращает на себя внимание пониженное питание больного, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. Отмечается увеличение объёма и плотный отёк нижней трети левого бедра, усилен венозный рисунок. Над этим участком, пальпаторно болезненности нет.

На рентгенограмме определяется литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов.

В анализе крови выявлено значительное увеличение СОЭ до 56 мм/час и снижение Нb до 85г/л.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите наиболее информативные дополнительные методы исследования при данном заболевании.

3. Укажите наиболее рациональный метод лечения.

4. Назовите необходимый объём операции.

5. Реабилитация.

**Задача №3**

Родители привели в клинику детской хирургии мальчика 8 лет, у которого в средней трети левой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности. За этот период времени деформация конечности увеличилась.

При осмотре: левое плечо деформировано в средней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 4×6 см, костной плотности, не смещаемого при пальпации, кожа над ним обычного цвета, несколько натянута. Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

Выполнена рентгенограмма: на снимке левой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. С чем следует дифференцировать данное заболевание?

4. Какова лечебная тактика?

5. В чём заключается реабилитация больных после операции?

**Задача №4**

Мальчик 12 лет в течение 5-ти месяцев страдает сильными ночными болями в нижней конечности – в области верхней трети левой голени. Со слов родителей и мальчика, за этот период времени нога стала тоньше, а в зоне болезненности появилась припухлость.

При клиническом обследовании установлено, что температура у ребёнка нормальная, со стороны соматического статуса отклонений от нормы нет.

Местно: визуально и при измерении левая голень в объёме меньше правой, в верхней трети определяется припухлость размерами 4×5см, кожа не изменена, местной температуры и пальпаторной болезненности нет, осевая нагрузка также безболезненна.

На рентгенограмме в верхней трети большеберцовой кости на границе метафиза и диафиза имеется очаг разрежения кости размерами 1×2 см, так называемое «гнездо» окружено зоной ярко выраженного склероза и смещено эксцентрично – в кортикальный слой кости.

В анализе крови выраженных отклонений от нормы нет.

**Задания:**

1. Учитывая характерную клинико-рентгенологическую картину, поставьте правильный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику (а,б, в, г, д).

3. Определите метод лечения.

**Задача №5**

У мальчика 6-ти лет при очень незначительной силе удара (стукнулся плечом о спинку кресла) наступил перелом правого плеча.

При поступлении в клинику детской хирургии произведена рентгенография повреждённой конечности, выявлено: линия перелома в правой плечевой кости проходит через зону костной кисты, располагающейся в центре кости в области метафиза с истончением кортикального слоя, имеющей значительные размеры. Полость кисты многокамерная, имеет ячеистый рисунок.

Под наркозом, данным для проведения репозиции костных фрагментов, произведено дополнительное исследование – пункционная биопсия. После репозиции конечность фиксирована гипсовой лонгетой.

Через день в полученном биоптате обнаружены, наряду с эритроцитами и одноядерными овальными клетками – остеобластомами, гигантские многоядерные клетки.

**Задания:**

1.Выставите два конкурирующих диагноза, которые следует дифференцировать между собой у данного больного.

2. Определите дальнейшую тактику лечения ребёнка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости.

2. Дополнительные методы диагностики: УЗИ, КТ, определение уровня щелочной фосфатазы крови, биопсия.

3. Наиболее адекватная тактика: оперативный метод лечения с последующей ПХТ, лучевой и симптоматической терапией.

4. Высокая ампутация бедра с последующей регионарной лимфаденэктомией.

5. Наблюдение врача-онколога, повторные курсы ПХТ, симптоматическая терапия.

**К задаче №3:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**Задача №4:**

1. Диагноз: Остеоид-остеома верхней трети левой большеберцовой кости.

2. Дифференцируют:

а. со склерозирующим остеомиелитом Гарре

б. с эозинофильной гранулёмой

в. с туберкулёзным оститом

г. с остеогенной саркомой.

д. с саркомой Юинга

3.Лечение только хирургическое – резекция сегмента кости, содержащего «гнездо» остеоид-остеомы.

**Задача №5:**

1. а. Остеобластокластома (вероятнее всего, активно-кистозная форма)

б. Костная киста (аневризматическая или дистрофическая)

Дальнейшая лечебная тактика – оперативное лечение: поднадкостничная резекция поражённого сегмента кости с обязательным гистологическим исследованием.

**6. Перечень практических умений:**

1. Диагностика вида опухоли
2. Измерение объёма поражённой конечности при остеогенной саркоме и саркоме Юинга
3. Проведение дифференциальной диагностики
4. Составление плана обследования
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных
7. Пункция кости

**1.Тема: «Опухоли костей у детей. Злокачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия костных опухолей

2.Гистоструктура злокачественных костных опухолей

3.Классификация опухолей ВОЗ и М.В. Волкова

4.Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

5.Диагностика, методы исследования злокачественных опухолей костей

6.Дифференциальная диагностика злокачественных костных

7.Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

8.Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

1. оперативное c рентгенотерапией
2. антибактериальное
3. химиотерапия и оперативное лечение
4. химиотерапия
5. лучевая терапия

2. ДЛЯ ОПУХОЛИ ЮИНГА ХАРАКТЕРНО:

1. опухоль растет медленно, болей нет
2. боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
3. веретенообразное увеличение голени с умеренным болевым синдромом
4. жалоб нет
5. саблевидная деформация голени

3. ДЛЯ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЕЕ В ОБЛАСТИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НЕ СПЕЦИФИЧНО

1. ограничение функции близлежащего сустава
2. медленное развитие симптоматики
3. ночные боли в пораженной области
4. атрофия мышц конечности
5. молниеносный рост

4. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПОКАЗАНА

1. химиотерапия
2. лучевая терапия с последующей операцией
3. операция – краевая резекция очага с аллопластикой
4. операция – сегментарная (околосуставная) резекция или резекция суставного конца кости с аллопластикой или эндопротезированием
5. кюретаж полости

5. «ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА» – ЭТО

1. заболевание, выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов
2. системное заболевание крови и кроветворных органов
3. осложнение, развивающееся при лейкозе
4. хронический очаг воспаления в кости
5. порок развития кости

6. ФИБРОМА КОСТИ ОТНОСИТСЯ

1. к доброкачественной опухоли остеогенного происхождения
2. к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения
3. к хондродисплазии
4. к остеодисплазии
5. к атипично протекающему остеомиелиту

7. ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГУБЧАТОЙ И КОМПАКТНОЙ ОСТЕОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. пункционное лечение
2. краевая резекция кости
3. выжидательная тактика
4. оперативное лечение не показано
5. операция проводится только в случае бурного роста остеомы

8. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭПИФИЗАРНОЙ ХОНДРОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гомогенный очаг поражения кости больших размеров
2. очаг деструкции в кости, исходящий из эпифизарной пластинки и занимающий эпифиз и прилежащую к эпифизарной пластинке часть метафиза, надкостница может быть отслоена
3. очаг деструкции на рентгенограмме представлен крапчатой структурой
4. при хондробластоме характерен выход опухоли в мягкие ткани, патологический перелом кости
5. наличие спикул и козырька

9. ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гиперпластический процесс с периостальной реакцией в месте опухоли
2. литический процесс без периостальной реакции
3. литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ
4. полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований
5. «луковичный» периостит

10. КАКУЮ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ НЕ ОТНОСЯТ К ОСТЕОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ

1. остеогенную саркому
2. саркому Юинга
3. остеобластокластому
4. остеоид-остеому
5. остеому

**Эталоны ответов на тесты по теме:**

1. 1
2. 1
3. 5
4. 3
5. 1
6. 2
7. 2
8. 2
9. 2
10. 2

**5. задачи по теме занятия**:

**Задача №1**

В поликлинике на приёме у детского хирурга мальчик 11 лет, у которого в верхней трети правой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности.

Объективно: правое плечо деформировано в верхней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 3×5 см, при пальпации костной плотности, не смещается, кожа над ним не изменена, несколько натянута.

Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

На рентгенограмме правой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Какую лечебную тактику Вы выберите?

5. В чём заключается реабилитация больного после операции?

**Задача №2**

Мальчик 14 лет в течение двух месяцев жалуется на боли в области левого коленного сустава, которые последние две недели стали носить мучительный характер. Ребенок плохо спит по ночам из-за болей, у него снизился аппетит, он похудел.

При осмотре обращает на себя внимание пониженное питание больного, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. Отмечается увеличение объёма и плотный отёк нижней трети левого бедра, усилен венозный рисунок. Над этим участком, пальпаторно болезненности нет.

На рентгенограмме определяется литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов.

В анализе крови выявлено значительное увеличение СОЭ до 56 мм/час и снижение Нb до 85г/л.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите наиболее информативные дополнительные методы исследования при данном заболевании.

3. Укажите наиболее рациональный метод лечения.

4. Назовите необходимый объём операции.

5. Реабилитация.

**Задача №3**

Родители привели в клинику детской хирургии мальчика 8 лет, у которого в средней трети левой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности. За этот период времени деформация конечности увеличилась.

При осмотре: левое плечо деформировано в средней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 4×6 см, костной плотности, не смещаемого при пальпации, кожа над ним обычного цвета, несколько натянута. Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

Выполнена рентгенограмма: на снимке левой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. С чем следует дифференцировать данное заболевание?

4. Какова лечебная тактика?

5. В чём заключается реабилитация больных после операции?

**Задача №4**

Мальчик 12 лет в течение 5-ти месяцев страдает сильными ночными болями в нижней конечности – в области верхней трети левой голени. Со слов родителей и мальчика, за этот период времени нога стала тоньше, а в зоне болезненности появилась припухлость.

При клиническом обследовании установлено, что температура у ребёнка нормальная, со стороны соматического статуса отклонений от нормы нет.

Местно: визуально и при измерении левая голень в объёме меньше правой, в верхней трети определяется припухлость размерами 4×5см, кожа не изменена, местной температуры и пальпаторной болезненности нет, осевая нагрузка также безболезненна.

На рентгенограмме в верхней трети большеберцовой кости на границе метафиза и диафиза имеется очаг разрежения кости размерами 1×2 см, так называемое «гнездо» окружено зоной ярко выраженного склероза и смещено эксцентрично – в кортикальный слой кости.

В анализе крови выраженных отклонений от нормы нет.

**Задания:**

1. Учитывая характерную клинико-рентгенологическую картину, поставьте правильный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику (а,б, в, г, д).

3. Определите метод лечения.

**Задача №5**

У мальчика 6-ти лет при очень незначительной силе удара (стукнулся плечом о спинку кресла) наступил перелом правого плеча.

При поступлении в клинику детской хирургии произведена рентгенография повреждённой конечности, выявлено: линия перелома в правой плечевой кости проходит через зону костной кисты, располагающейся в центре кости в области метафиза с истончением кортикального слоя, имеющей значительные размеры. Полость кисты многокамерная, имеет ячеистый рисунок.

Под наркозом, данным для проведения репозиции костных фрагментов, произведено дополнительное исследование – пункционная биопсия. После репозиции конечность фиксирована гипсовой лонгетой.

Через день в полученном биоптате обнаружены, наряду с эритроцитами и одноядерными овальными клетками – остеобластомами, гигантские многоядерные клетки.

**Задания:**

1.Выставите два конкурирующих диагноза, которые следует дифференцировать между собой у данного больного.

2. Определите дальнейшую тактику лечения ребёнка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости.

2. Дополнительные методы диагностики: УЗИ, КТ, определение уровня щелочной фосфатазы крови, биопсия.

3. Наиболее адекватная тактика: оперативный метод лечения с последующей ПХТ, лучевой и симптоматической терапией.

4. Высокая ампутация бедра с последующей регионарной лимфаденэктомией.

5. Наблюдение врача-онколога, повторные курсы ПХТ, симптоматическая терапия.

**К задаче №3:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**Задача №4:**

1. Диагноз: Остеоид-остеома верхней трети левой большеберцовой кости.

2. Дифференцируют:

а. со склерозирующим остеомиелитом Гарре

б. с эозинофильной гранулёмой

в. с туберкулёзным оститом

г. с остеогенной саркомой.

д. с саркомой Юинга

3.Лечение только хирургическое – резекция сегмента кости, содержащего «гнездо» остеоид-остеомы.

**Задача №5:**

1. а. Остеобластокластома (вероятнее всего, активно-кистозная форма)

б. Костная киста (аневризматическая или дистрофическая)

Дальнейшая лечебная тактика – оперативное лечение: поднадкостничная резекция поражённого сегмента кости с обязательным гистологическим исследованием.

**6. Перечень практических умений:**

1. Диагностика вида опухоли
2. Измерение объёма поражённой конечности при остеогенной саркоме и саркоме Юинга
3. Проведение дифференциальной диагностики
4. Составление плана обследования
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных
7. Пункция кости

**1.Тема: «Опухоли костей у детей. Лечение доброкачественных и злокачественных опухолей».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия костных опухолей

2.истоструктура костных опухолей

3.Классификация опухолей ВОЗ и М.В. Волкова

4.Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

5.Диагностика, методы исследования

6.Дифференциальная диагностика

7.Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

8.Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

1. оперативное c рентгенотерапией
2. антибактериальное
3. химиотерапия и оперативное лечение
4. химиотерапия
5. лучевая терапия

2. ДЛЯ ОПУХОЛИ ЮИНГА ХАРАКТЕРНО:

1. опухоль растет медленно, болей нет
2. боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
3. веретенообразное увеличение голени с умеренным болевым синдромом
4. жалоб нет
5. саблевидная деформация голени

3. ДЛЯ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЕЕ В ОБЛАСТИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НЕ СПЕЦИФИЧНО

1. ограничение функции близлежащего сустава
2. медленное развитие симптоматики
3. ночные боли в пораженной области
4. атрофия мышц конечности
5. молниеносный рост

4. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПОКАЗАНА

1. химиотерапия
2. лучевая терапия с последующей операцией
3. операция – краевая резекция очага с аллопластикой
4. операция – сегментарная (околосуставная) резекция или резекция суставного конца кости с аллопластикой или эндопротезированием
5. кюретаж полости

5. «ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА» – ЭТО

1. заболевание, выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов
2. системное заболевание крови и кроветворных органов
3. осложнение, развивающееся при лейкозе
4. хронический очаг воспаления в кости
5. порок развития кости

6. ФИБРОМА КОСТИ ОТНОСИТСЯ

1. к доброкачественной опухоли остеогенного происхождения
2. к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения
3. к хондродисплазии
4. к остеодисплазии
5. к атипично протекающему остеомиелиту

7. ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГУБЧАТОЙ И КОМПАКТНОЙ ОСТЕОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. пункционное лечение
2. краевая резекция кости
3. выжидательная тактика
4. оперативное лечение не показано
5. операция проводится только в случае бурного роста остеомы

8. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭПИФИЗАРНОЙ ХОНДРОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гомогенный очаг поражения кости больших размеров
2. очаг деструкции в кости, исходящий из эпифизарной пластинки и занимающий эпифиз и прилежащую к эпифизарной пластинке часть метафиза, надкостница может быть отслоена
3. очаг деструкции на рентгенограмме представлен крапчатой структурой
4. при хондробластоме характерен выход опухоли в мягкие ткани, патологический перелом кости
5. наличие спикул и козырька

9. ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. гиперпластический процесс с периостальной реакцией в месте опухоли
2. литический процесс без периостальной реакции
3. литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ
4. полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований
5. «луковичный» периостит

10. КАКУЮ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ НЕ ОТНОСЯТ К ОСТЕОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОСТЕЙ

1. остеогенную саркому
2. саркому Юинга
3. остеобластокластому
4. остеоид-остеому
5. остеому

**Эталоны ответов на тесты по теме:**

1. 1
2. 1
3. 5
4. 3
5. 1
6. 2
7. 2
8. 2
9. 2
10. 2

**5. Задачи по теме занятия:**

**Задача №1**

В поликлинике на приёме у детского хирурга мальчик 11 лет, у которого в верхней трети правой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности.

Объективно: правое плечо деформировано в верхней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 3×5 см, при пальпации костной плотности, не смещается, кожа над ним не изменена, несколько натянута.

Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

На рентгенограмме правой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Какую лечебную тактику Вы выберите?

5. В чём заключается реабилитация больного после операции?

**Задача №2**

Мальчик 14 лет в течение двух месяцев жалуется на боли в области левого коленного сустава, которые последние две недели стали носить мучительный характер. Ребенок плохо спит по ночам из-за болей, у него снизился аппетит, он похудел.

При осмотре обращает на себя внимание пониженное питание больного, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. Отмечается увеличение объёма и плотный отёк нижней трети левого бедра, усилен венозный рисунок. Над этим участком, пальпаторно болезненности нет.

На рентгенограмме определяется литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов.

В анализе крови выявлено значительное увеличение СОЭ до 56 мм/час и снижение Нb до 85г/л.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите наиболее информативные дополнительные методы исследования при данном заболевании.

3. Укажите наиболее рациональный метод лечения.

4. Назовите необходимый объём операции.

5. Реабилитация.

**Задача №3**

Родители привели в клинику детской хирургии мальчика 8 лет, у которого в средней трети левой плечевой кости в течение последнего полугодия появилась припухлость костной плотности. За этот период времени деформация конечности увеличилась.

При осмотре: левое плечо деформировано в средней трети за счёт наличия опухолевидного образования размерами 4×6 см, костной плотности, не смещаемого при пальпации, кожа над ним обычного цвета, несколько натянута. Соматически ребёнок здоров.

В общем анализе крови патологических изменений не выявлено.

Выполнена рентгенограмма: на снимке левой плечевой кости имеется холмовидной формы образование на широком основании, с ровным контуром, имеющее плотность и структуру, аналогичную кости, ось опухоли перпендикулярна длинной оси кости.

Задания:

1. В какую костную патологию укладываются имеющиеся данные?

2. Сформулируйте диагноз.

3. С чем следует дифференцировать данное заболевание?

4. Какова лечебная тактика?

5. В чём заключается реабилитация больных после операции?

**Задача №4**

Мальчик 12 лет в течение 5-ти месяцев страдает сильными ночными болями в нижней конечности – в области верхней трети левой голени. Со слов родителей и мальчика, за этот период времени нога стала тоньше, а в зоне болезненности появилась припухлость.

При клиническом обследовании установлено, что температура у ребёнка нормальная, со стороны соматического статуса отклонений от нормы нет.

Местно: визуально и при измерении левая голень в объёме меньше правой, в верхней трети определяется припухлость размерами 4×5см, кожа не изменена, местной температуры и пальпаторной болезненности нет, осевая нагрузка также безболезненна.

На рентгенограмме в верхней трети большеберцовой кости на границе метафиза и диафиза имеется очаг разрежения кости размерами 1×2 см, так называемое «гнездо» окружено зоной ярко выраженного склероза и смещено эксцентрично – в кортикальный слой кости.

В анализе крови выраженных отклонений от нормы нет.

**Задания:**

1. Учитывая характерную клинико-рентгенологическую картину, поставьте правильный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику (а,б, в, г, д).

3. Определите метод лечения.

**Задача №5**

У мальчика 6-ти лет при очень незначительной силе удара (стукнулся плечом о спинку кресла) наступил перелом правого плеча.

При поступлении в клинику детской хирургии произведена рентгенография повреждённой конечности, выявлено: линия перелома в правой плечевой кости проходит через зону костной кисты, располагающейся в центре кости в области метафиза с истончением кортикального слоя, имеющей значительные размеры. Полость кисты многокамерная, имеет ячеистый рисунок.

Под наркозом, данным для проведения репозиции костных фрагментов, произведено дополнительное исследование – пункционная биопсия. После репозиции конечность фиксирована гипсовой лонгетой.

Через день в полученном биоптате обнаружены, наряду с эритроцитами и одноядерными овальными клетками – остеобластомами, гигантские многоядерные клетки.

**Задания:**

1.Выставите два конкурирующих диагноза, которые следует дифференцировать между собой у данного больного.

2. Определите дальнейшую тактику лечения ребёнка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости.

2. Дополнительные методы диагностики: УЗИ, КТ, определение уровня щелочной фосфатазы крови, биопсия.

3. Наиболее адекватная тактика: оперативный метод лечения с последующей ПХТ, лучевой и симптоматической терапией.

4. Высокая ампутация бедра с последующей регионарной лимфаденэктомией.

5. Наблюдение врача-онколога, повторные курсы ПХТ, симптоматическая терапия.

**К задаче №3:**

1. Указанная патология относится к группе доброкачественных опухолей скелета.

2. Диагноз: Остеома левой плечевой кости.

3. Дифференцируют остеому с экзостозами. Клиника абсолютно аналогична. Диагноз уточняют по рентгенологической картине. При экзостозах форма выроста самая разнообразная: грибовидная, полипообразная, неправильная, ось образования проходит под углом к длинной оси конечности, в отличие от остеомы, при которой опухоль имеет холмовидную форму с осью, расположенной под прямым углом к оси конечности.

4. Лечебная тактика - хирургическое лечение: удаление остеомы в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Реабилитация состоит в создании конечности покоя, освобождении от физической нагрузки, назначении препаратов кальция и витаминов.

**Задача №4:**

1. Диагноз: Остеоид-остеома верхней трети левой большеберцовой кости.

2. Дифференцируют:

а. со склерозирующим остеомиелитом Гарре

б. с эозинофильной гранулёмой

в. с туберкулёзным оститом

г. с остеогенной саркомой.

д. с саркомой Юинга

3.Лечение только хирургическое – резекция сегмента кости, содержащего «гнездо» остеоид-остеомы.

**Задача №5:**

1. а. Остеобластокластома (вероятнее всего, активно-кистозная форма)

б. Костная киста (аневризматическая или дистрофическая)

Дальнейшая лечебная тактика – оперативное лечение: поднадкостничная резекция поражённого сегмента кости с обязательным гистологическим исследованием.

**6. Перечень практических умений:**

1. Диагностика вида опухоли
2. Измерение объёма поражённой конечности при остеогенной саркоме и саркоме Юинга
3. Проведение дифференциальной диагностики
4. Составление плана обследования
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных
7. Пункция кости

**1.Тема: «Опухоли брюшной полости и забрюшинного. Доброкачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия доброкачественных опухолей БП
2. Гистоструктура доброкачественных опухолей БП
3. Классификация опухолей БП
4. Особенности клинического течения (общие и местные симптомы)
5. Диагностика, методы исследования
6. Дифференциальная диагностика
7. Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли
8. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной теме:**

ВЫБЕРИТЕ СМЕШАННУЮ ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ

1. гепатоцеллюлярный рак
2. гемангиома
3. карциносаркома
4. гемангиоэндотелиома
5. холангиогенный рак

2. ПОЗДНИЙ СИМПТОМ НЕФРОБЛАСТОМЫ

1. слабость, вялость, утомляемость
2. опухоль в животе
3. похудание
4. бледность кожных покровов
5. анорексия

3. ПАТАНАТОМИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ

1. опухоль синюшно-багрового цвета, не имеет капсулы, состоит из многочисленных сосудов
2. опухоль имеет капсулу, содержимым является кашицеобразная масса
3. опухоль имеет капсулу, содержит жидкость желтоватого оттенка, поверхность гладкая, консистенция эластическая
4. поверхность опухоли гладкая, могут быть отдельные узлы, консистенция тестоватая или эластическая, имеется капсула, на разрезе опухоль имеет вид «рыбьего мяса», могут быть полости с тканевым распадом
5. опухоль плотная, мелкобугристая, есть капсула, на разрезе опухоль беловатого цвета, гомогенного вида

4. ДЛЯ КИСТ БРЫЖЕЙКИ И САЛЬНИКА НЕ ПАТОГМОНИЧНА

1. эластичная консистенция
2. безболезненность образования
3. гладкая поверхность
4. подвижность образования
5. бугристая поверхность

5. НЕФРОБЛАСТОМА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. до 1 года
2. до 4 лет
3. старше 10 лет
4. в 10-15 лет
5. старше 15 лет

6. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ III СТАДИИ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. опухоль занимает один сегмент печени без метастазов
2. опухоль ограничена пределами одной доли, размеры до 5 см, ворота не поражены
3. опухоль имеет значительные размеры, распространяется в другие органы и ткани
4. большой солитарный узел, поражены обе доли, узел в воротах
5. солитарный узел более 5 см, не выходит за пределы анатомической доли, поражения ворот нет

7. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СЦИНТЕГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. накопление РФП в очаге поражения
2. диффузное снижение накопления РФП во всем органе
3. снижение времени полувыведения РФП из органа
4. накопление РФП в селезенке
5. уменьшение органа в объеме

8. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ II СТАДИИ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

* 1. имеются метастазы в другие органы
  2. опухоль ограничена пределами одной доли, размеры до 5 см, ворота не поражены
  3. опухоль имеет значительные размеры, распространяется в другие органы и ткани
  4. большой солитарный узел, поражены обе доли, множественные узлы, узел в воротах
  5. солитарный узел более 5 см, не выходит за пределы анатомической доли, поражения ворот нет

9. ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ II, ПО СИСТЕМЕ ТNМ

1. T3-4 N1 M1
2. T1 N0 M0
3. T3 N1 M0
4. T2 N0 M0

5) T1 N0 M1

10. ТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ

1. медленное развитие симптомов
2. бессимптомное течение
3. острое развитие заболевания
4. вначале -бессимптомное, затем – бурное развитие симптомов
5. вначале бурное нарастание симптомов, затем – медленное развитие симптоматики

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3
2. 2
3. 4
4. 5
5. 2
6. 4
7. 1
8. 1
9. 3
10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У мальчика 5-ти лет педиатр поликлиники при профилактическом осмотре, оформляя его в детское учреждение, пальпаторно обнаружил в животе опухолевидное образование с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное.

Из анамнеза удалось выяснить, что родители никаких изменений в поведении и внешнем виде ребёнка не заметили.

В OAK никаких отклонений от нормы не выявлено.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие способы обследования могут помочь в диагностике?

4. Каким должно быть тактическое решение?

5. Каков объём хирургического пособия?

**Задача №2**

У ребенка 5 лет, со слов матери, в течение последнего года постепенно увеличился объём живота. Других жалоб нет, самочувствие не страдает. Внешний вид не изменён, кроме размеров живота. Последний значительно увеличен в объёме, при пальпации мягкий, безболезненный, определяется симптом баллотирования, признаков раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Ректально – без особенностей. Обзорная рентгенография живота патологии не выявила. В анализе крови изменений нет.

Задания:

1. Поставьте предположительные диагнозы
2. Составьте алгоритм обследования для уточнения диагноза
3. Определите лечебную тактику

**Задача №3**

Во время операции по поводу острого аппендицита у девочки 13 лет обнаружена киста правого яичника.

Задание:

Выберите из предложенных вариантов 1 правильный ответ по дальнейшей лечебной тактике:

а. аппендэктомия; кисту оперировать в плановом порядке в гинекологическом отделении

б. кисту удалить из разреза Волковича-Дьяконова, отросток не удалять

в. аппендэктомия и удаление кисты яичника

г. срочно вызвать на операцию гинеколога

д. ушить брюшную полость, не удаляя ни аппендикс, ни кисту. В дальнейшем больную перевести в гинекологию.

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 2-х лет с жалобами, со слов матери, на похудание, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов с лёгким желтушным оттенком, плохое самочувствие в течение 3-4 месяцев.

При осмотре обращает на себя внимание: истощение, восковидная бледность кожи с желтушным оттенком, адинамия, увеличение объёма живота, усиление венозного рисунка на брюшной стенке. Пальпации живот доступен, пальпируется увеличенная, плотная, бугристая печень, безболезненная. Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Per rectum: имеется нависание стенок прямой кишки.

Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости тень печени увеличена в размерах, имеет неправильную форму, желудок смещен влево. На рентгенограмме лёгких патологии не обнаружено.

В общем анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 90 г/л и увеличение СОЭ до 48 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Что относится к информативным методам диагностики для уточнения диагноза?

3. Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае?

4. Препараты для ПХТ.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

Мальчика 9 лет в течение 3-х последних месяцев беспокоят периодически повторяющиеся схваткообразные боли в животе, и в момент приступа болей, поглаживая живот, он прощупывает у себя какое-то опухолевидное образование в правой половине живота, достаточно подвижное. После его ручного расправления самим ребёнком болевой симптом исчезает. За этот же период, со слов больного, он похудел, т.к. у него ухудшился аппетит. Стул не изменён.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, питание ребёнка понижено, язык влажный, в лёгких и сердце патологических изменений нет.

Местно: живот участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, пальпации доступен, мягкий. В правой подвздошной области удалось пальпировать овальное опухолевидное образование размерами 7 х 9 см, безболезненное, умеренно смещаемое.

Per rectum образование не достигается.

В анализах крови: лейкоцитов 8,0х109/л, Hb 102 г/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Какие 2 заболевания можно предполагать? Укажите наибольшую вероятность одного из них.
2. Какой ведущий синдром, обусловленный типичным осложнением этого заболевания, был у ребёнка?
3. Назовите 2 самых информативных метода диагностики при данной патологии.
4. Какая лечебная тактика будет наиболее адекватной в данном случае?

Эталоны ответов к задачам по теме:

**Задача №1:** 1. Киста брыжейки.

2. Киста брыжейки, эктопия почки, опухоли брюшной полости (лимфосаркома, нейробластома).

3. УЗИ, КТ с контрастом, лапароскопия.

4. Тактическое решение - оперативное лечение.

5. Объём операции будет решаться на операционном столе в зависимости от обнаруженной ситуации: при кисте брыжейки - её иссечение, либо удаление вместе с резекцией сегмента кишки при интимном сращении кисты со стенкой кишки, при лимфосаркоме - попытка радикального удаления, при невозможности - биопсия лимфоузла из опухоли для морфологической верификации.

**Задача №2:**

1: а. Киста большого сальника

б. Киста брыжейки

2: а. УЗИ брюшной полости

б. КТ брюшной полости

3. Оперативное лечение

**Задача №3**: в.

**Задача №4:**

1. Гепатобластома, ст. III.

2. Наиболее информативные методы диагностики в данном случае: УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопическая биопсия печени.

3. Тактика: Предоперационное лечение цитостатиками, операция - **гемигепатэктомия, послеоперационные курсы лучевой и химиотерапии**

4. Препараты для химиотерапии гепатобластом: 5-фторурацил, метотрексат, цитозар, 6-меркаптопурин, циклофосфан, винбластин, винкристин.

5. Наблюдение онколога, хирурга, периодически УЗИ, КТ контроль, курсы ПХТ.

**Задача №5:**

1: а. Лимфоретикулосаркома илео-цекального угла (более вероятно)

б. Аскаридоз кишечника (конкурирующий диагноз)

2. Синдром хронической илео-цекальной инвагинации

3. ФКС, ирригография

4: а. Операция – резекция илео-цекального угла

б. Послеоперационные курсы полихимио- и лучевой терапии.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение пальпации опухоли БП и ЗП
3. Интерпретация данных УЗИ, КТ, МРТ
4. Чтение рентгенограмм
5. Интерпретация результатов ангиографии
6. Интерпретация результатов морфологического исследования опухолей
7. Лапарацентез
8. Лапароскопия
9. Оформление истории болезни
10. Проведение реабилитации и диспансеризации больных

**1.Тема: «Опухоли брюшной полости и забрюшинного. Злокачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия опухолей БП
2. Гистоструктура опухолей БП
3. Классификация опухолей БП
4. Особенности клинического течения (общие и местные симптомы)
5. Диагностика, методы исследования
6. Дифференциальная диагностика
7. Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли
8. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОПУХОЛИ КАКИХ ОРГАНОВ БП ВСТРЕЧАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО(1)

а. опухоли желудка и кишечника

б. опухоли печени и желчного пузыря

в. опухоли селезёнки

г. опухоли и кисты брыжейки

д. опухоли и кисты сальника

2. ДЛЯ КИСТ БРЫЖЕЙКИ И САЛЬНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ: (1)

а. эластичная консистенция

б. бугристая поверхность

в. гладкая поверхность

г. подвижность образования

д. безболезненность образования

3. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ? (3

а. воспалительный процесс

б.размягчение содержимого ткани органа, опухоли

в. закупорка выводного протока железы конкрементом, вязким секретом

г. сдавление выводного протока железы извне

д. врождённое сужение протока железы

4. ОТМЕТЬТЕ В ПРЕДСТАВЛЕННОМ СПИСКЕ РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: (2)

а. водянка желчного пузыря

б. киста брыжейки

в. эхинококк печени

г. киста селезёнки

д. гидросальпинкс

5. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО КИСТЫ НА ПОЧВЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ: (3)

а. гидросальпинкс

б. параовариальная киста

в. истинная киста печени

г. паразитарная киста печени

д. энтерокистома

6. КАКОЕ НАЗВАНИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕК (1)

а. аденомиосаркома почки

б.эмбриональная саркома почки

в. тератома почки

г. опухоль Вилмса

д. нефробластома

7. КАКОЙ ПРОЦЕНТ СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖИВОТА ПРИХОДИТСЯ НА ОПУХОЛЬ ВИЛМСА (1)

а. 50%

б. 20% - 30%

в. 7% - 8%

г. до 90%

д.70%-80%

8. КАКОЙ ПРОЦЕНТ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ НЕФРОБЛАСТОМЫ (1)

а. 1% - 2%

б. 70% - 80%

в. 10% - 20%

г. 7%

д. 15%

9. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ ВОЗРАСТА И ЧАСТОТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМОЙ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Частота поражения** |
| А. до 3 лет  Б. 3-6 лет  В. 6-9 лет  Г. старше 9 лет | а. 4%  б. 12%  в. 33%  г. 51% |

10. С КАКИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ НЕФРОБЛАСТОМА? (2)

а. с врождёнными пороками сердца

б.с врождёнными аномалиями мочеполового тракта

в. с ангиоматозом

г. с аниридией

д. с аноректальными пороками

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. г
2. б
3. а, б
4. а, д
5. б, в, д

6. в

7. а

8. г

9. А – в;

Б – г;

В – б;

Г – а

10. б, г

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У мальчика 5-ти лет педиатр поликлиники при профилактическом осмотре, оформляя его в детское учреждение, пальпаторно обнаружил в животе опухолевидное образование с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное.

Из анамнеза удалось выяснить, что родители никаких изменений в поведении и внешнем виде ребёнка не заметили.

В OAK никаких отклонений от нормы не выявлено.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие способы обследования могут помочь в диагностике?

4. Каким должно быть тактическое решение?

5. Каков объём хирургического пособия?

**Задача №2**

У ребенка 5 лет, со слов матери, в течение последнего года постепенно увеличился объём живота. Других жалоб нет, самочувствие не страдает. Внешний вид не изменён, кроме размеров живота. Последний значительно увеличен в объёме, при пальпации мягкий, безболезненный, определяется симптом баллотирования, признаков раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Ректально – без особенностей. Обзорная рентгенография живота патологии не выявила. В анализе крови изменений нет.

Задания:

1. Поставьте предположительные диагнозы
2. Составьте алгоритм обследования для уточнения диагноза
3. Определите лечебную тактику

**Задача №3**

Во время операции по поводу острого аппендицита у девочки 13 лет обнаружена киста правого яичника.

Задание:

Выберите из предложенных вариантов 1 правильный ответ по дальнейшей лечебной тактике:

а. аппендэктомия; кисту оперировать в плановом порядке в гинекологическом отделении

б. кисту удалить из разреза Волковича-Дьяконова, отросток не удалять

в. аппендэктомия и удаление кисты яичника

г. срочно вызвать на операцию гинеколога

д. ушить брюшную полость, не удаляя ни аппендикс, ни кисту. В дальнейшем больную перевести в гинекологию.

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 2-х лет с жалобами, со слов матери, на похудание, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов с лёгким желтушным оттенком, плохое самочувствие в течение 3-4 месяцев.

При осмотре обращает на себя внимание: истощение, восковидная бледность кожи с желтушным оттенком, адинамия, увеличение объёма живота, усиление венозного рисунка на брюшной стенке. Пальпации живот доступен, пальпируется увеличенная, плотная, бугристая печень, безболезненная. Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Per rectum: имеется нависание стенок прямой кишки.

Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости тень печени увеличена в размерах, имеет неправильную форму, желудок смещен влево. На рентгенограмме лёгких патологии не обнаружено.

В общем анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 90 г/л и увеличение СОЭ до 48 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Что относится к информативным методам диагностики для уточнения диагноза?

3. Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае?

4. Препараты для ПХТ.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

Мальчика 9 лет в течение 3-х последних месяцев беспокоят периодически повторяющиеся схваткообразные боли в животе, и в момент приступа болей, поглаживая живот, он прощупывает у себя какое-то опухолевидное образование в правой половине живота, достаточно подвижное. После его ручного расправления самим ребёнком болевой симптом исчезает. За этот же период, со слов больного, он похудел, т.к. у него ухудшился аппетит. Стул не изменён.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, питание ребёнка понижено, язык влажный, в лёгких и сердце патологических изменений нет.

Местно: живот участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, пальпации доступен, мягкий. В правой подвздошной области удалось пальпировать овальное опухолевидное образование размерами 7 х 9 см, безболезненное, умеренно смещаемое.

Per rectum образование не достигается.

В анализах крови: лейкоцитов 8,0х109/л, Hb 102 г/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Какие 2 заболевания можно предполагать? Укажите наибольшую вероятность одного из них.
2. Какой ведущий синдром, обусловленный типичным осложнением этого заболевания, был у ребёнка?
3. Назовите 2 самых информативных метода диагностики при данной патологии.
4. Какая лечебная тактика будет наиболее адекватной в данном случае?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача №1:**

1. Киста брыжейки.

2. Киста брыжейки, эктопия почки, опухоли брюшной полости (лимфосаркома, нейробластома).

3. УЗИ, КТ с контрастом, лапароскопия.

4. Тактическое решение - оперативное лечение.

5. Объём операции будет решаться на операционном столе в зависимости от обнаруженной ситуации: при кисте брыжейки - её иссечение, либо удаление вместе с резекцией сегмента кишки при интимном сращении кисты со стенкой кишки, при лимфосаркоме - попытка радикального удаления, при невозможности - биопсия лимфоузла из опухоли для морфологической верификации.

**Задача №2:**

1: а. Киста большого сальника

б. Киста брыжейки

2: а. УЗИ брюшной полости

б. КТ брюшной полости

3. Оперативное лечение

**Задача №3**: в.

**Задача №4:** 1. Гепатобластома, ст. III.

2. Наиболее информативные методы диагностики в данном случае: УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопическая биопсия печени.

3. Тактика: Предоперационное лечение цитостатиками, операция - **гемигепатэктомия, послеоперационные курсы лучевой и химиотерапии**

4. Препараты для химиотерапии гепатобластом: 5-фторурацил, метотрексат, цитозар, 6-меркаптопурин, циклофосфан, винбластин, винкристин.

5. Наблюдение онколога, хирурга, периодически УЗИ, КТ контроль, курсы ПХТ.

**Задача №5:**

1: а. Лимфоретикулосаркома илео-цекального угла (более вероятно)

б. Аскаридоз кишечника (конкурирующий диагноз)

2. Синдром хронической илео-цекальной инвагинации

3. ФКС, ирригография

4: а. Операция – резекция илео-цекального угла

б. Послеоперационные курсы полихимио- и лучевой терапии.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение пальпации опухоли БП и ЗП
3. Интерпретация данных УЗИ, КТ, МРТ
4. Чтение рентгенограмм
5. Интерпретация результатов ангиографии
6. Интерпретация результатов морфологического исследования опухолей
7. Лапарацентез
8. Лапароскопия
9. Оформление истории болезни
10. Проведение реабилитации и диспансеризации больных

**1.Тема: «Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства. Злокачественные опухоли забрюшинного пространства».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия опухолей ЗП

2.Гистоструктура опухолей ЗП

3.Классификация опухолей ЗП

4.Особенности клинического течения (общие и местные симптомы)

5.Диагностика, методы исследования

6.Дифференциальная диагностика

7.Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

8.Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЕ НАЗВАНИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕК (1)

а. аденомиосаркома почки

б.эмбриональная саркома почки

в. тератома почки

г. опухоль Вилмса

д. нефробластома

2. КАКОЙ ПРОЦЕНТ СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖИВОТА ПРИХОДИТСЯ НА ОПУХОЛЬ ВИЛМСА (1)

а. 50%

б. 20% - 30%

в. 7% - 8%

г. до 90%

д.70%-80%

3. КАКОЙ ПРОЦЕНТ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ НЕФРОБЛАСТОМЫ (1)а. 1% - 2%

б. 70% - 80%

в. 10% - 20%

г. 7%

д. 15%

4. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ ВОЗРАСТА И ЧАСТОТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМОЙ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Частота поражения** |
| А. до 3 лет  Б. 3-6 лет  В. 6-9 лет  Г. старше 9 лет | а. 4%  б. 12%  в. 33%  г. 51% |

5. С КАКИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ НЕФРОБЛАСТОМА (2)

а. с врождёнными пороками сердца

б.с врождёнными аномалиями мочеполового тракта

в. с ангиоматозом

г. с аниридией

д. с аноректальными пороками

6. КАКИЕ ДАННЫЕ ГОВОРЯТ В ПОЛЬЗУ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМ (3)

а. ранний возраст

б. старший возраст

в. сочетания с пороками развития

г.смешанный характер опухоли

д. развитие из почки

7. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ ОПИСАНИЕ ПАТАНАТОМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПУХОЛИ ВИЛМСА: (1)

а.опухоль синюшно-багрового цвета, не имеет капсулы, состоит из многочисленных сосудов

б.опухоль имеет капсулу, содержимым является кашицеобразная масса

в.опухоль имеет капсулу, содержит прозрачную жидкость желтоватого оттенка, поверхность гладкая, консистенция эластическая

г.поверхность опухоли гладкая или крупнобугристая, консистенция тестоватая или эластическая, имеются участки размягчения, на разрезе имеет вид «рыбьего мясо», есть капсула

д.опухоль плотная, мелкобугристая, есть капсула, на разрезе белесоватая, гомогенная

8. РАСПОЛОЖИТЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НЕФРОБЛАСТОМЫ ПО МЕРЕ НАРАСТАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК, ПОМЕНЯВ ИХ В НУЖНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

а. I тип

б. II тип

в. III тип

г. IV тип

д. V тип

9. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НЕФРОБЛАСТОМЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ: (1)

а. вялость.

б. слабость

в. утомляемость

г. опухоль в животе

д. похудание

е. бледность кожи

**Эталоны ответов к тестовому контролю:**

1. в

2. а

3. г

4. А – в;

Б – г;

В – б;

Г – а

5. б, г

6. а, в, г

7. г

8. д, г, в, б, а

9. г

10.

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У мальчика 5-ти лет педиатр поликлиники при профилактическом осмотре, оформляя его в детское учреждение, пальпаторно обнаружил в животе опухолевидное образование с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное.

Из анамнеза удалось выяснить, что родители никаких изменений в поведении и внешнем виде ребёнка не заметили.

В OAK никаких отклонений от нормы не выявлено.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие способы обследования могут помочь в диагностике?

4. Каким должно быть тактическое решение?

5. Каков объём хирургического пособия?

**Задача №2**

У ребенка 5 лет, со слов матери, в течение последнего года постепенно увеличился объём живота. Других жалоб нет, самочувствие не страдает. Внешний вид не изменён, кроме размеров живота. Последний значительно увеличен в объёме, при пальпации мягкий, безболезненный, определяется симптом баллотирования, признаков раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Ректально – без особенностей. Обзорная рентгенография живота патологии не выявила. В анализе крови изменений нет.

Задания:

1. Поставьте предположительные диагнозы
2. Составьте алгоритм обследования для уточнения диагноза
3. Определите лечебную тактику

**Задача №3**

Во время операции по поводу острого аппендицита у девочки 13 лет обнаружена киста правого яичника.

Задание:

Выберите из предложенных вариантов 1 правильный ответ по дальнейшей лечебной тактике:

а. аппендэктомия; кисту оперировать в плановом порядке в гинекологическом отделении

б. кисту удалить из разреза Волковича-Дьяконова, отросток не удалять

в. аппендэктомия и удаление кисты яичника

г. срочно вызвать на операцию гинеколога

д. ушить брюшную полость, не удаляя ни аппендикс, ни кисту. В дальнейшем больную перевести в гинекологию.

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 2-х лет с жалобами, со слов матери, на похудание, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов с лёгким желтушным оттенком, плохое самочувствие в течение 3-4 месяцев.

При осмотре обращает на себя внимание: истощение, восковидная бледность кожи с желтушным оттенком, адинамия, увеличение объёма живота, усиление венозного рисунка на брюшной стенке. Пальпации живот доступен, пальпируется увеличенная, плотная, бугристая печень, безболезненная. Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Per rectum: имеется нависание стенок прямой кишки.

Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости тень печени увеличена в размерах, имеет неправильную форму, желудок смещен влево. На рентгенограмме лёгких патологии не обнаружено.

В общем анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 90 г/л и увеличение СОЭ до 48 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Что относится к информативным методам диагностики для уточнения диагноза?

3. Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае?

4. Препараты для ПХТ.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

Мальчика 9 лет в течение 3-х последних месяцев беспокоят периодически повторяющиеся схваткообразные боли в животе, и в момент приступа болей, поглаживая живот, он прощупывает у себя какое-то опухолевидное образование в правой половине живота, достаточно подвижное. После его ручного расправления самим ребёнком болевой симптом исчезает. За этот же период, со слов больного, он похудел, т.к. у него ухудшился аппетит. Стул не изменён.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, питание ребёнка понижено, язык влажный, в лёгких и сердце патологических изменений нет.

Местно: живот участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, пальпации доступен, мягкий. В правой подвздошной области удалось пальпировать овальное опухолевидное образование размерами 7 х 9 см, безболезненное, умеренно смещаемое.

Per rectum образование не достигается.

В анализах крови: лейкоцитов 8,0х109/л, Hb 102 г/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Какие 2 заболевания можно предполагать? Укажите наибольшую вероятность одного из них.
2. Какой ведущий синдром, обусловленный типичным осложнением этого заболевания, был у ребёнка?
3. Назовите 2 самых информативных метода диагностики при данной патологии.
4. Какая лечебная тактика будет наиболее адекватной в данном случае?

Эталоны ответов к задачам по теме:

**Задача №1:** 1. Киста брыжейки.

2. Киста брыжейки, эктопия почки, опухоли брюшной полости (лимфосаркома, нейробластома).

3. УЗИ, КТ с контрастом, лапароскопия.

4. Тактическое решение - оперативное лечение.

5. Объём операции будет решаться на операционном столе в зависимости от обнаруженной ситуации: при кисте брыжейки - её иссечение, либо удаление вместе с резекцией сегмента кишки при интимном сращении кисты со стенкой кишки, при лимфосаркоме - попытка радикального удаления, при невозможности - биопсия лимфоузла из опухоли для морфологической верификации.

**Задача №2:**

1: а. Киста большого сальника

б. Киста брыжейки

2: а. УЗИ брюшной полости

б. КТ брюшной полости

3. Оперативное лечение

**Задача №3**: в.

**Задача №4:** 1. Гепатобластома, ст. III.

2. Наиболее информативные методы диагностики в данном случае: УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопическая биопсия печени.

3. Тактика: Предоперационное лечение цитостатиками, операция - **гемигепатэктомия, послеоперационные курсы лучевой и химиотерапии**

4. Препараты для химиотерапии гепатобластом: 5-фторурацил, метотрексат, цитозар, 6-меркаптопурин, циклофосфан, винбластин, винкристин.

5. Наблюдение онколога, хирурга, периодически УЗИ, КТ контроль, курсы ПХТ.

**Задача №5:**

1: а. Лимфоретикулосаркома илео-цекального угла (более вероятно)

б. Аскаридоз кишечника (конкурирующий диагноз)

2. Синдром хронической илео-цекальной инвагинации

3. ФКС, ирригография

4: а. Операция – резекция илео-цекального угла

б. Послеоперационные курсы полихимио- и лучевой терапии.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение пальпации опухоли БП и ЗП
3. Интерпретация данных УЗИ, КТ, МРТ
4. Чтение рентгенограмм
5. Интерпретация результатов ангиографии
6. Интерпретация результатов морфологического исследования опухолей
7. Лапарацентез
8. Лапароскопия
9. Оформление истории болезни
10. Проведение реабилитации и диспансеризации больных

**1.Тема: «Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства. Особенности лечение злокачественных опухолей. Показания к консервативным и оперативным методам лечения.».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия опухолей ЗП

2.Гистоструктура опухолей ЗП

3.Классификация опухолей ЗП

4.Особенности клинического течения (общие и местные симптомы)

5.Диагностика, методы исследования

6.Дифференциальная диагностика

7.Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

8.Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЫБЕРИТЕ СМЕШАННУЮ ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ

1. гепатоцеллюлярный рак
2. гемангиома
3. карциносаркома
4. гемангиоэндотелиома
5. холангиогенный рак

2. ПОЗДНИЙ СИМПТОМ НЕФРОБЛАСТОМЫ

1. слабость, вялость, утомляемость
2. опухоль в животе
3. похудание
4. бледность кожных покровов
5. анорексия

3. ПАТАНАТОМИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ

1. опухоль синюшно-багрового цвета, не имеет капсулы, состоит из многочисленных сосудов
2. опухоль имеет капсулу, содержимым является кашицеобразная масса
3. опухоль имеет капсулу, содержит жидкость желтоватого оттенка, поверхность гладкая, консистенция эластическая
4. поверхность опухоли гладкая, могут быть отдельные узлы, консистенция тестоватая или эластическая, имеется капсула, на разрезе опухоль имеет вид «рыбьего мяса», могут быть полости с тканевым распадом
5. опухоль плотная, мелкобугристая, есть капсула, на разрезе опухоль беловатого цвета, гомогенного вида

4. ДЛЯ КИСТ БРЫЖЕЙКИ И САЛЬНИКА НЕ ПАТОГМОНИЧНА

1. эластичная консистенция
2. безболезненность образования
3. гладкая поверхность
4. подвижность образования
5. бугристая поверхность

5. НЕФРОБЛАСТОМА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. до 1 года
2. до 4 лет
3. старше 10 лет
4. в 10-15 лет
5. старше 15 лет

6. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ III СТАДИИ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. опухоль занимает один сегмент печени без метастазов
2. опухоль ограничена пределами одной доли, размеры до 5 см, ворота не поражены
3. опухоль имеет значительные размеры, распространяется в другие органы и ткани
4. большой солитарный узел, поражены обе доли, узел в воротах
5. солитарный узел более 5 см, не выходит за пределы анатомической доли, поражения ворот нет

7. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СЦИНТЕГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. накопление РФП в очаге поражения
2. диффузное снижение накопления РФП во всем органе
3. снижение времени полувыведения РФП из органа
4. накопление РФП в селезенке
5. уменьшение органа в объеме

8. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ II СТАДИИ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

* 1. имеются метастазы в другие органы
  2. опухоль ограничена пределами одной доли, размеры до 5 см, ворота не поражены
  3. опухоль имеет значительные размеры, распространяется в другие органы и ткани
  4. большой солитарный узел, поражены обе доли, множественные узлы, узел в воротах
  5. солитарный узел более 5 см, не выходит за пределы анатомической доли, поражения ворот нет

9. ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ II, ПО СИСТЕМЕ ТNМ

1. T3-4 N1 M1
2. T1 N0 M0
3. T3 N1 M0
4. T2 N0 M0

5) T1 N0 M1

10. ТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ

1. медленное развитие симптомов
2. бессимптомное течение
3. острое развитие заболевания
4. вначале -бессимптомное, затем – бурное развитие симптомов
5. вначале бурное нарастание симптомов, затем – медленное развитие симптоматики

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3
2. 2
3. 4
4. 5
5. 2
6. 4
7. 1
8. 1
9. 3
10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У мальчика 5-ти лет педиатр поликлиники при профилактическом осмотре, оформляя его в детское учреждение, пальпаторно обнаружил в животе опухолевидное образование с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное.

Из анамнеза удалось выяснить, что родители никаких изменений в поведении и внешнем виде ребёнка не заметили.

В OAK никаких отклонений от нормы не выявлено.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие способы обследования могут помочь в диагностике?

4. Каким должно быть тактическое решение?

5. Каков объём хирургического пособия?

**Задача №2**

У ребенка 5 лет, со слов матери, в течение последнего года постепенно увеличился объём живота. Других жалоб нет, самочувствие не страдает. Внешний вид не изменён, кроме размеров живота. Последний значительно увеличен в объёме, при пальпации мягкий, безболезненный, определяется симптом баллотирования, признаков раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Ректально – без особенностей. Обзорная рентгенография живота патологии не выявила. В анализе крови изменений нет.

Задания:

1. Поставьте предположительные диагнозы
2. Составьте алгоритм обследования для уточнения диагноза
3. Определите лечебную тактику

**Задача №3**

Во время операции по поводу острого аппендицита у девочки 13 лет обнаружена киста правого яичника.

Задание:

Выберите из предложенных вариантов 1 правильный ответ по дальнейшей лечебной тактике:

а. аппендэктомия; кисту оперировать в плановом порядке в гинекологическом отделении

б. кисту удалить из разреза Волковича-Дьяконова, отросток не удалять

в. аппендэктомия и удаление кисты яичника

г. срочно вызвать на операцию гинеколога

д. ушить брюшную полость, не удаляя ни аппендикс, ни кисту. В дальнейшем больную перевести в гинекологию.

**Задача №4**

В клинику детской хирургии поступил мальчик 2-х лет с жалобами, со слов матери, на похудание, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов с лёгким желтушным оттенком, плохое самочувствие в течение 3-4 месяцев.

При осмотре обращает на себя внимание: истощение, восковидная бледность кожи с желтушным оттенком, адинамия, увеличение объёма живота, усиление венозного рисунка на брюшной стенке. Пальпации живот доступен, пальпируется увеличенная, плотная, бугристая печень, безболезненная. Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Per rectum: имеется нависание стенок прямой кишки.

Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости тень печени увеличена в размерах, имеет неправильную форму, желудок смещен влево. На рентгенограмме лёгких патологии не обнаружено.

В общем анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 90 г/л и увеличение СОЭ до 48 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Что относится к информативным методам диагностики для уточнения диагноза?

3. Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае?

4. Препараты для ПХТ.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

Мальчика 9 лет в течение 3-х последних месяцев беспокоят периодически повторяющиеся схваткообразные боли в животе, и в момент приступа болей, поглаживая живот, он прощупывает у себя какое-то опухолевидное образование в правой половине живота, достаточно подвижное. После его ручного расправления самим ребёнком болевой симптом исчезает. За этот же период, со слов больного, он похудел, т.к. у него ухудшился аппетит. Стул не изменён.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, питание ребёнка понижено, язык влажный, в лёгких и сердце патологических изменений нет.

Местно: живот участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, пальпации доступен, мягкий. В правой подвздошной области удалось пальпировать овальное опухолевидное образование размерами 7 х 9 см, безболезненное, умеренно смещаемое.

Per rectum образование не достигается.

В анализах крови: лейкоцитов 8,0х109/л, Hb 102 г/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Какие 2 заболевания можно предполагать? Укажите наибольшую вероятность одного из них.
2. Какой ведущий синдром, обусловленный типичным осложнением этого заболевания, был у ребёнка?
3. Назовите 2 самых информативных метода диагностики при данной патологии.
4. Какая лечебная тактика будет наиболее адекватной в данном случае?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача №1:**

1. Киста брыжейки.

2. Киста брыжейки, эктопия почки, опухоли брюшной полости (лимфосаркома, нейробластома).

3. УЗИ, КТ с контрастом, лапароскопия.

4. Тактическое решение - оперативное лечение.

5. Объём операции будет решаться на операционном столе в зависимости от обнаруженной ситуации: при кисте брыжейки - её иссечение, либо удаление вместе с резекцией сегмента кишки при интимном сращении кисты со стенкой кишки, при лимфосаркоме - попытка радикального удаления, при невозможности - биопсия лимфоузла из опухоли для морфологической верификации.

**Задача №2:**

1: а. Киста большого сальника

б. Киста брыжейки

2: а. УЗИ брюшной полости

б. КТ брюшной полости

3. Оперативное лечение

**Задача №3**: в.

**Задача №4:**

1. Гепатобластома, ст. III.

2. Наиболее информативные методы диагностики в данном случае: УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопическая биопсия печени.

3. Тактика: Предоперационное лечение цитостатиками, операция - **гемигепатэктомия, послеоперационные курсы лучевой и химиотерапии**

4. Препараты для химиотерапии гепатобластом: 5-фторурацил, метотрексат, цитозар, 6-меркаптопурин, циклофосфан, винбластин, винкристин.

5. Наблюдение онколога, хирурга, периодически УЗИ, КТ контроль, курсы ПХТ.

**Задача №5:**

1: а. Лимфоретикулосаркома илео-цекального угла (более вероятно)

б. Аскаридоз кишечника (конкурирующий диагноз)

2. Синдром хронической илео-цекальной инвагинации

3. ФКС, ирригография

4: а. Операция – резекция илео-цекального угла

б. Послеоперационные курсы полихимио- и лучевой терапии.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Проведение пальпации опухоли БП и ЗП
3. Интерпретация данных УЗИ, КТ, МРТ
4. Чтение рентгенограмм
5. Интерпретация результатов ангиографии
6. Интерпретация результатов морфологического исследования опухолей
7. Лапарацентез
8. Лапароскопия
9. Оформление истории болезни
10. Проведение реабилитации и диспансеризации больных

**1.Тема: «Опухоли и кисты средостения. Доброкачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия ОКС

2. Гистоструктура ОКС

3. Этиология

4. Патогенез

5. Классификация ОКС

6. Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ГДЕ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ БРОНХОГЕННЫЕ КИСТЫ

1. область периферических бронхов
2. над диафрагмой
3. переднее средостение, область крупных бронхов
4. заднее средостение
5. грудная стенка

2. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ТИМОМЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ ЧАЩЕ:

1. в верхних отделах переднего средостения с одной стороны
2. в верхних отделах переднего средостения с обеих сторон
3. в заднем средостении
4. в нижних отделах переднего средостения
5. всё верно

3. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ НЕЙРОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. в грудном
2. в преддошкольном
3. в дошкольном
4. в школьном
5. в юношеском

4. ГДЕ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

1. в лёгких
2. в мягких тканях грудной стенки
3. в средостении
4. в костном аппарате грудной клетки
5. в пищеводе

5. ВЫБЕРИТЕ ГЕТЕРОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ:

1. нейрогенные опухоли
2. тимомы
3. тератодермоидные опухоли
4. энтерогенные кисты
5. кисты перикарда

6. К ГОМОПЛАСТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЯМ СРЕДОСТЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. нейробластомы
2. тимомы
3. тератомы
4. сосудистые опухоли
5. энтерогенные кисты

7. КАКАЯ ПЕРВИЧНАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

1. рак
2. нейробластома
3. тимома
4. саркома
5. ангиосаркома

8. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

1. дермоидные кисты
2. внутригрудной зоб
3. неврогенные опухоли
4. киста перикарда
5. тимома

9. КУДА ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЮТ НЕЗРЕЛЫЕ НЕЙРОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

1. в лёгкие
2. в печень
3. в забрюшинное пространство
4. в кости черепа
5. в кости конечностей

10. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХОГЕННЫХ КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. бессимптомное течение
2. респираторные нарушения
3. кашель
4. расширение границ средостения
5. лёгочное кровотечение

**Ответы к тестовому контролю по**

**теме:**

1. в
2. б
3. в
4. в
5. в
6. в
7. б
8. в
9. в
10. д

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У девочки 7 лет при профилактическом осмотре на рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в грудной клетке справа, связанное с перикардом, имеющее чёткие наружные контуры, размерами 7×8см. При последующем обследовании в клинике при рентгеноскопии выявлена передаточная пульсация. При пункции получена прозрачная, слегка опалесцирующая жидкость.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

**Задача №2**

В отделение грудной хирургии поступила девочка 3 лет с припухлостью в правой надключичной области, которая увеличивается при беспокойстве ребёнка. Припухлость синеватого цвета, мягкой консистенции, исчезает при надавливании, а затем вновь появляется. При осмотре виден венозный рисунок правой половины шеи и плечевого пояса. Перкуторно справа имеется притупление звука сверху до 4-го ребра, переходящее на средостение, аускультативно дыхание резко ослаблено. Со стороны сердца – без особенностей. На рентгенограмме определяется затемнение с наружным крупноволнистым чётким контуром справа. При дыхании образование несколько меняется в объёме. В анализах крови патологических изменений не выявлено.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Составьте план лечения.

**Задача №3**

Ребёнок 3 лет перенёс ОРВИ, но сохраняется кашель с очень незначительным количеством серозной мокроты. Дисфагии нет. Физикально: со стороны лёгких и сердца изменений не выявлено. На обзорной рентгенограмме в средостении рядом с правым главным бронхом определяется округлой формы образование с чёткими контурами, гомогенного вида, размерами 3×3,5 см.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Сформулируйте лечебную тактику.

**Задача №4**

Мальчик 10 лет в течение двух последних месяцев жалуется на тупые боли в левой верхней половине грудной клетки, отдающие в спину.

При осмотре: ребёнок адинамичен, массо-ростовой индекс снижен, цвет кожи бледный, периферические лимфоузлы не увеличены, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, при перкуссии по паравертебральной линии слева на уровне 2-5 рёбер определяется притупление, аускультативно в этой же зоне дыхание несколько ослаблено.

На рентгенограмме: в левом рёберно-позвоночном углу выявлено овальной формы гомогенное образование с наружными чёткими контурами, интенсивно поглощающее рентгеновские лучи, определяется узурация 3-4 рёбер.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Ваш план лечения?

**Задача №5**

В последние два месяца ребенок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше – с правой стороны. Со стороны лёгких, сердца – без особенностей.

Рентгенологически: тень образования в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны, интенсивная, гомогенная, неправильно–овальной формы, наружные контуры ровные. Сердце и лёгкие – без патологии.

В анализах крови Hb-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/ч, других изменений нет.

Ребёнок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

**Задания:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования.
3. Какой должна быть тактика лечения?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача №1**

1. Диагноз: целомическая киста перикарда
2. Госпитализация в отделение грудной хирургии для проведения операции удаления кисты перикарда.

**Задача №2**

1. Диагноз: сосудистая опухоль (гемангиома, лимфангиома, смешанная гемлимфангиома) средостения
2. Необходимо сделать:
   * УЗИ
   * КТ
   * пункцию с контрастным исследованием (только при лимфангиоме, при гемангиоме – не следует из-за опасности развития кровотечения)
3. Операция – удаление опухоли.

**Задача №3**

1. Диагноз: бронхогенная киста средостения.
2. Необходимо сделать:
   * КТ
   * УЗИ
3. Операция – удаление кисты.

**Задача №4**

1. Диагноз: нейрогенная опухоль
2. Оперативное лечение – удаление опухоли + ПХТ и ЛТ

**Задача №5**

1. Диагноз: злокачественная тимома.
2. Алгоритм обследования:
   * УЗИ
   * КТ
   * МРТ
3. Операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием + ПХТ и ЛТ.

**6. Перечень практических умений по теме:**

1. Диагностика вида опухоли
2. Проведение дифференциальной диагностики ОКС
3. Составление плана обследования
4. Оформление истории болезни
5. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных.
6. Пункция плевральной полости
7. Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Опухоли и кисты средостения. Злокачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

2. Диагностика, методы исследования

3. Дифференциальная диагностика

4. Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

5. Осложнения

6. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПЕРВИЧНАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ У ДЕТЕЙ

1. рак
2. нейробластома
3. тимома
4. саркома
5. ангиосаркома

2. ГЕТЕРОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. нейрогенные
2. из ткани вилочковой железы
3. терратодермоидные
4. энтерогенные
5. кисты перикарда

3. НОВООБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. в легких
2. в грудной стенке (мягкие ткани)
3. в средостении
4. в костном аппарате грудной клетки
5. в пищеводе

4. ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. в области кивательной мышцы
2. в надбровной области
3. в височной области
4. у основания носа
5. у внутреннего или наружного угла глаза

5. ВОЗРАСТ В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ОПУХОЛИ И КИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. грудном
2. преддошкольном
3. дошкольном
4. школьном
5. юношеском

6. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА

1. лимфоидное преобладание
2. смешанноклеточные варианты
3. лимфоидное подавление по типу фиброза
4. нодулярный склероз
5. все выше перечисленное верно

7. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. дермоидная киста
2. внутригрудной зоб
3. неврогенные опухоли
4. киста перикарда
5. тимома

8. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СРЕДОСТЕНИЯ НЕОБХОДИМО

1. динамическое наблюдение
2. операция при увеличении опухоли
3. радикальная операция
4. паллиативная операция
5. химиотерапия

9. К ГРУППЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. сосудистые
2. жировой ткани
3. соединительной ткани
4. гладких мышц
5. нейробластома

10. В ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО

1. антибиотики
2. белковые препараты
3. сердечно-сосудистые средства
4. обезболивающие
5. физиотерапия

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 2
3. 2
4. 1
5. 1
6. 5
7. 5
8. 5
9. 1
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У девочки 7 лет при профилактическом осмотре на рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в грудной клетке справа, связанное с перикардом, имеющее чёткие наружные контуры, размерами 7×8см. При последующем обследовании в клинике при рентгеноскопии выявлена передаточная пульсация. При пункции получена прозрачная, слегка опалесцирующая жидкость.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

**Задача №2**

В отделение грудной хирургии поступила девочка 3 лет с припухлостью в правой надключичной области, которая увеличивается при беспокойстве ребёнка. Припухлость синеватого цвета, мягкой консистенции, исчезает при надавливании, а затем вновь появляется. При осмотре виден венозный рисунок правой половины шеи и плечевого пояса. Перкуторно справа имеется притупление звука сверху до 4-го ребра, переходящее на средостение, аускультативно дыхание резко ослаблено. Со стороны сердца – без особенностей. На рентгенограмме определяется затемнение с наружным крупноволнистым чётким контуром справа. При дыхании образование несколько меняется в объёме. В анализах крови патологических изменений не выявлено.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Составьте план лечения.

**Задача №3**

Ребёнок 3 лет перенёс ОРВИ, но сохраняется кашель с очень незначительным количеством серозной мокроты. Дисфагии нет. Физикально: со стороны лёгких и сердца изменений не выявлено. На обзорной рентгенограмме в средостении рядом с правым главным бронхом определяется округлой формы образование с чёткими контурами, гомогенного вида, размерами 3×3,5 см.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Сформулируйте лечебную тактику.

**Задача №4**

Мальчик 10 лет в течение двух последних месяцев жалуется на тупые боли в левой верхней половине грудной клетки, отдающие в спину.

При осмотре: ребёнок адинамичен, массо-ростовой индекс снижен, цвет кожи бледный, периферические лимфоузлы не увеличены, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, при перкуссии по паравертебральной линии слева на уровне 2-5 рёбер определяется притупление, аускультативно в этой же зоне дыхание несколько ослаблено.

На рентгенограмме: в левом рёберно-позвоночном углу выявлено овальной формы гомогенное образование с наружными чёткими контурами, интенсивно поглощающее рентгеновские лучи, определяется узурация 3-4 рёбер.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Ваш план лечения?

**Задача №5**

В последние два месяца ребенок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше – с правой стороны. Со стороны лёгких, сердца – без особенностей.

Рентгенологически: тень образования в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны, интенсивная, гомогенная, неправильно–овальной формы, наружные контуры ровные. Сердце и лёгкие – без патологии.

В анализах крови Hb-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/ч, других изменений нет.

Ребёнок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

**Задания:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования.
3. Какой должна быть тактика лечения?

**Задача №6**

При проф.осмотре в школе у мальчика 11 лет случайно обнаружили асимметрию передней грудной стенки (выбухание кпереди грудины с передними отрезками рёбер), утолщение шеи, расширение вен шеи. Сам ребёнок жалоб не предъявляет.

При осмотре: мальчик активен, самочувствие не страдает, аппетит, сон не нарушены. Перкуторно отмечается расширение средостения в обе стороны. Сердце смещено влево и книзу. Аускультативно: тоны сердца приглушены, дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы.

Рентгенологически выявляется больших размеров (11×13 см) опухолевидное образование, расположенное в средней части переднего средостения, смещая трахею с бифуркацией кзади, а сердце – кзади и вниз, с чёткими полициклическими контурами; тень интенсивная с фрагментами костной ткани и зонами просветления.

**Задания:**

1. О каком заболевании Вы думаете?
2. В пользу какого характера образования (злокачественного или доброкачественного) больше данных?
3. Ваша тактика?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача №1**

1. Диагноз: целомическая киста перикарда
2. Госпитализация в отделение грудной хирургии для проведения операции удаления кисты перикарда.

**Задача №2**

1. Диагноз: сосудистая опухоль (гемангиома, лимфангиома, смешанная гемлимфангиома) средостения
2. Необходимо сделать:
   * УЗИ
   * КТ
   * пункцию с контрастным исследованием (только при лимфангиоме, при гемангиоме – не следует из-за опасности развития кровотечения)
3. Операция – удаление опухоли.

**Задача №3**

1. Диагноз: бронхогенная киста средостения.
2. Необходимо сделать:
   * КТ
   * УЗИ
3. Операция – удаление кисты.

**Задача №4**

1. Диагноз: нейрогенная опухоль
2. Оперативное лечение – удаление опухоли + ПХТ и ЛТ

**Задача №5**

1. Диагноз: злокачественная тимома.
2. Алгоритм обследования:
   * УЗИ
   * КТ
   * МРТ
3. Операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием + ПХТ и ЛТ.

**Задача №6**

1. Предполагается тератодермоидное образование.
2. Больше данных за доброкачественную тератому (нет признаков онкологической интоксикации)
3. Тактика:
   * госпитализация в отделение грудной хирургии
   * радикальная операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием.

**6. Перечень практических умений:**

1. Диагностика вида опухоли
2. Составление плана обследования
3. Оформлниее истории болезни
4. Проведение реабилитации и диспансеризации онкобольных.
5. Пункция плевральной полости
6. Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Опухоли и кисты средостения. Лечение опухолей и кист средостения».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Принципы и методы лечения доброкачественных опухолей средостения

2. Принципы и методы лечения злокачественных опухолей средостения

3. Осложнения, прогноз

4. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПЕРВИЧНАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ У ДЕТЕЙ

1. рак
2. нейробластома
3. тимома
4. саркома
5. ангиосаркома

2. ГЕТЕРОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. нейрогенные
2. из ткани вилочковой железы
3. терратодермоидные
4. энтерогенные
5. кисты перикарда

3. НОВООБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. в легких
2. в грудной стенке (мягкие ткани)
3. в средостении
4. в костном аппарате грудной клетки
5. в пищеводе

4. ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. в области кивательной мышцы
2. в надбровной области
3. в височной области
4. у основания носа
5. у внутреннего или наружного угла глаза

5. ВОЗРАСТ В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ОПУХОЛИ И КИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. грудном
2. преддошкольном
3. дошкольном
4. школьном
5. юношеском

6. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА

1. лимфоидное преобладание
2. смешанноклеточные варианты
3. лимфоидное подавление по типу фиброза
4. нодулярный склероз
5. все выше перечисленное верно

7. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

1. дермоидная киста
2. внутригрудной зоб
3. неврогенные опухоли
4. киста перикарда
5. тимома

8. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СРЕДОСТЕНИЯ НЕОБХОДИМО

1. динамическое наблюдение
2. операция при увеличении опухоли
3. радикальная операция
4. паллиативная операция
5. химиотерапия

9. К ГРУППЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. сосудистые
2. жировой ткани
3. соединительной ткани
4. гладких мышц
5. нейробластома

10. В ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО

1. антибиотики
2. белковые препараты
3. сердечно-сосудистые средства
4. обезболивающие
5. физиотерапия

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 2
3. 2
4. 1
5. 1
6. 5
7. 5
8. 5
9. 1
10. 1

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У девочки 7 лет при профилактическом осмотре на рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в грудной клетке справа, связанное с перикардом, имеющее чёткие наружные контуры, размерами 7×8см. При последующем обследовании в клинике при рентгеноскопии выявлена передаточная пульсация. При пункции получена прозрачная, слегка опалесцирующая жидкость.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

**Задача №2**

В отделение грудной хирургии поступила девочка 3 лет с припухлостью в правой надключичной области, которая увеличивается при беспокойстве ребёнка. Припухлость синеватого цвета, мягкой консистенции, исчезает при надавливании, а затем вновь появляется. При осмотре виден венозный рисунок правой половины шеи и плечевого пояса. Перкуторно справа имеется притупление звука сверху до 4-го ребра, переходящее на средостение, аускультативно дыхание резко ослаблено. Со стороны сердца – без особенностей. На рентгенограмме определяется затемнение с наружным крупноволнистым чётким контуром справа. При дыхании образование несколько меняется в объёме. В анализах крови патологических изменений не выявлено.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Составьте план лечения.

**Задача №3**

Ребёнок 3 лет перенёс ОРВИ, но сохраняется кашель с очень незначительным количеством серозной мокроты. Дисфагии нет. Физикально: со стороны лёгких и сердца изменений не выявлено. На обзорной рентгенограмме в средостении рядом с правым главным бронхом определяется округлой формы образование с чёткими контурами, гомогенного вида, размерами 3×3,5 см.

**Задания:**

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза
3. Сформулируйте лечебную тактику.

**Задача №4**

Мальчик 10 лет в течение двух последних месяцев жалуется на тупые боли в левой верхней половине грудной клетки, отдающие в спину.

При осмотре: ребёнок адинамичен, массо-ростовой индекс снижен, цвет кожи бледный, периферические лимфоузлы не увеличены, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, при перкуссии по паравертебральной линии слева на уровне 2-5 рёбер определяется притупление, аускультативно в этой же зоне дыхание несколько ослаблено.

На рентгенограмме: в левом рёберно-позвоночном углу выявлено овальной формы гомогенное образование с наружными чёткими контурами, интенсивно поглощающее рентгеновские лучи, определяется узурация 3-4 рёбер.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Ваш план лечения?

**Задача №5**

В последние два месяца ребенок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше – с правой стороны. Со стороны лёгких, сердца – без особенностей.

Рентгенологически: тень образования в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны, интенсивная, гомогенная, неправильно–овальной формы, наружные контуры ровные. Сердце и лёгкие – без патологии.

В анализах крови Hb-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/ч, других изменений нет.

Ребёнок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

**Задания:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования.
3. Какой должна быть тактика лечения?

**Задача №6**

При проф.осмотре в школе у мальчика 11 лет случайно обнаружили асимметрию передней грудной стенки (выбухание кпереди грудины с передними отрезками рёбер), утолщение шеи, расширение вен шеи. Сам ребёнок жалоб не предъявляет.

При осмотре: мальчик активен, самочувствие не страдает, аппетит, сон не нарушены. Перкуторно отмечается расширение средостения в обе стороны. Сердце смещено влево и книзу. Аускультативно: тоны сердца приглушены, дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы.

Рентгенологически выявляется больших размеров (11×13 см) опухолевидное образование, расположенное в средней части переднего средостения, смещая трахею с бифуркацией кзади, а сердце – кзади и вниз, с чёткими полициклическими контурами; тень интенсивная с фрагментами костной ткани и зонами просветления.

**Задания:**

1. О каком заболевании Вы думаете?
2. В пользу какого характера образования (злокачественного или доброкачественного) больше данных?
3. Ваша тактика?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача №1**

1. Диагноз: целомическая киста перикарда
2. Госпитализация в отделение грудной хирургии для проведения операции удаления кисты перикарда.

**Задача №2**

1. Диагноз: сосудистая опухоль (гемангиома, лимфангиома, смешанная гемлимфангиома) средостения
2. Необходимо сделать:
   * УЗИ
   * КТ
   * пункцию с контрастным исследованием (только при лимфангиоме, при гемангиоме – не следует из-за опасности развития кровотечения)
3. Операция – удаление опухоли.

**Задача №3**

1. Диагноз: бронхогенная киста средостения.
2. Необходимо сделать:
   * КТ
   * УЗИ
3. Операция – удаление кисты.

**Задача №4**

1. Диагноз: нейрогенная опухоль
2. Оперативное лечение – удаление опухоли + ПХТ и ЛТ

**Задача №5**

1. Диагноз: злокачественная тимома.
2. Алгоритм обследования:
   * УЗИ
   * КТ
   * МРТ
3. Операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием + ПХТ и ЛТ.

**Задача №6**

1. Предполагается тератодермоидное образование.
2. Больше данных за доброкачественную тератому (нет признаков онкологической интоксикации)
3. Тактика:
   * госпитализация в отделение грудной хирургии
   * радикальная операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием.

**6. Перечень практических умений по теме:**

1.Диагностика вида опухоли

2.Проведение дифференциальной диагностики ОКС

3.Составление плана обследования

4.Оформление истории болезни

5.Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных.

6.Пункция плевральной полости

7.Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Мягкотканные бластомы у детей. Доброкачественные опухоли».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Патанатомия доброкачественных опухолей мягких тканей
2. Гистоструктура
3. Классификация
4. Особенности клинического течения, общие и местные симптомы
5. Диагностика, методы исследования
6. Дифференциальная диагностика
7. Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли
8. Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСАХ

1. криотерапию
2. склеротерапию
3. электрокоагуляцию
4. лучевое воздействие
5. хирургическое иссечение

2. ИЗ КАКОГО ЗАРОДЫШЕВОГО ЛИСТКА РАСТУТ ТЕРАТОМЫ

1. только из эктодермы
2. только из мезодермы
3. только из энтодермы
4. из всех листков
5. не имеют связи с ними

3. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

1. оперативное c рентгенотерапией
2. антибактериальное
3. химиотерапия и оперативное лечение
4. химиотерапия
5. лучевая терапия

4. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПИГМЕНТНЫМ ОПУХОЛЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. плоский невус
2. волосистый невус
3. бородавчатый невус
4. папиломатозный невус
5. меланома

5. ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСАХ

1. криотерапию
2. склеротерапию
3. электрокоагуляцию
4. лучевое воздействие
5. хирургическое иссечение

6. РЕГРЕСС ГЕМАНГИОМ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. на первом году жизни
2. после 1 года
3. после 5 лет
4. только в пубертатном периоде
5. только у взрослых

7. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЭКТОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. атерома
2. фиброма
3. липома
4. рабдомиома
5. десмоид

8. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕМАНГИОМ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ:

1. пигментированного образования
2. небольшого красного пятна
3. обширного образования коричневого цвета
4. припухлости поражённой зоны без изменения кожи
5. увеличения объёма поражённой зоны

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НЕ ТИПИЧНАЯ ДЛЯ ЛИМФАНГИОМ

1. забрюшинное пространство
2. шея
3. подмышечная область
4. губа, язык
5. плоские кости

10. ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРЫЙ ДЛЯ МАЛИГНИЗАЦИИ НЕВУСА

1. появление кровоточащих трещин
2. появление дочерних невусов
3. изменение цвета
4. инфильтрация тканей
5. медленный рост

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 4
3. 4
4. 5
5. 5
6. 5
7. 1
8. 2
9. 5
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В поликлинику обратилась мать с ребёнком 3-х месяцев с обширной опухолью передней поверхности грудной стенки. Со слов матери, опухоль у ребёнка существует с рождения, в последнее время стала быстро увеличиваться в размерах.

При осмотре: опухоль синюшно-багрового цвета, незначительно выступает над кожей, размеры 7×5 см, при пальпации безболезненная, имеет мягкую консистенцию, бархатистую поверхность, при надавливании пальцем бледнеет, при отнятии пальца цвет быстро восстанавливается.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика врача-педиатра поликлиники?

3. Какой объём обследования обязателен при направлении ребёнка на оперативное лечение?

4. Какой объём оперативного вмешательства предстоит выполнить больному?

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №2**

У мальчика 8 лет на промежности имеется тёмно-коричневого цвета пятно размерами 3×8 см, овальной формы, с чёткими границами, в центре которого проходит трещина. Последняя появилась несколько дней назад, причиняет ребёнку боль, в связи с чем родители и доставили его в клинику детской хирургии.

Из анамнеза выяснено, что это пятно врождённое, увеличивалось медленно - в соответствии с ростом ребёнка, ранее никакого беспокойства не доставляло. В последнее время мальчик увлёкся ездой на велосипеде. Появление трещины родители связывают с хронической травматизацией этого участка велосипедным сидением.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Правы ли родители в своей версии?

3. К каким тяжёлым осложнениям это заболевание может привести?

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №3**

В клинику детской хирургии из роддома переведён новорождённый ребёнок с большой опухолью в области ягодиц. Родился сутки назад, доношенный, масса тела 3700,0, самочувствие ближе к удовлетворительному. Нарушения функции тазовых органов нет.

При осмотре локального статуса обнаружено: в крестцово-копчиковой области (равномерно с обеих сторон) имеется опухолевидное образование, размерами 12×15 см, покрыто неизмененной кожей, безболезненно при пальпации, неравномерной консистенции — есть мягкие участки и есть плотные включения. При исследовании рer rektum в области задней стенки прямой кишки в неё пролабирует часть опухоли, хотя полного перекрытия просвета нет.

Общий анализ крови - патологических изменений нет.

Рентгенография таза - в проекции опухоли обнаружены фрагменты костной плотности.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план обследование.

3. Укажите возможные осложнения.

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Что входит в понятие диспансеризации в данном случае?

**Задача №4**

У двухлетнего мальчика мама обнаружила опухолевидное образование в области правого бедра, которое при дотрагивании становилось болезненным. Указанная опухоль замечена около 2 месяцев назад, быстро увеличивается. Дополнительно удалось выяснить, что у ребенка ухудшился аппетит, и он похудел за последний месяц на 1,5 кг.

При осмотре: ребёнок пониженного питания, вял, капризен, кожа бледная, слизистые чистые, по внутренним органам - без патологической симптоматики. Стул и мочеиспускания не нарушены.

Местно: на передней поверхности в средней трети правого бедра визуально определяется опухолевидное образование размерами 6x8 см, при пальпации его ребёнок беспокоится, консистенция плотная, границы нечёткие, смещаемость плохая, на коже в области опухоли усилен венозный рисунок. В паховой области пальпируются увеличенные лимфоузлы.

В клинике детской хирургии, куда поступил ребёнок, сделаны общий анализ крови, в котором есть некоторые изменения (НВ - 90г/л; лейкоциты - 9,1×109/л; СОЭ - 32 мм/час) и рентгенография грудной клетки (последняя - без изменений).

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования несут необходимую информацию для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?

4. Укажите правильное тактическое решение у данного больного.

5. Осветите вопросы реабилитации и диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №5**

В род. доме родился ребёнок с обширной опухолью в области шеи. Опухоль распространяется в полость рта, прорастает язык. Консистенция опухоли мягко-эластическая, кожа над ней не изменена. У ребёнка нарастает клиника дыхательной недостаточности, создается угроза жизни.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С чем нужно дифференцировать данную патологию?

3. Какую помощь необходимо оказать по экстренным показаниям, не дожидаясь хирурга?

4. Какова дальнейшая тактика?

5. Какое осложнение может развиться после оказания вашей первой помощи?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Капиллярная гемангиома грудной клетки.

2. Направление на плановое оперативное лечение.

3. Обследование перед операцией: развёрнутый анализ крови, исследование гемостаза, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки.

4. Предстоящий объём оперативного вмешательства - одномоментное иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Если будет очень большой дефект и рану не удастся ушить «край в край», возникает необходимость перемещения треугольных кожных лоскутов по Лимбергу.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых гемангиом в других местах.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Пигментный невус.

2. Да

3. К инфицированию - развитию флегмоны промежности и даже к сепсису, к малигнизации.

4. Тактика - оперативное лечение: радикальное иссечение невуса в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых невусов в других местах.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Тератома крестцово-копчиковой области.

2. Дополнительное обследование: групповая и Rh-принадлежность; исследование системы гемостаза.

3. Малигнизация, обтурационная непроходимость, нарушение функции органов малого таза.

4. Показано оперативное лечение - радикальное удаление тератомы с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры и рентгенологическое обследование 2 раза в год.

**К задаче №4:**

1. Фибросаркома.

2. Необходимое обследование: УЗИ, КТ, МРТ опухоли, пункционная биопсия опухоли, биопсия регионарного лимфоузла в паховой области.

3. Рабдомиосаркома, нейрофиброматоз.

4. Операция (радикальное удаление опухоли),ПХТ + лучевая терапия до и после операции.

5. Реабилитация состоит в продолжении курсов противорецидивного лечения (ПХТ + лучевое воздействие), а также в проведении общеукрепляющей терапии. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры, OAK и УЗИ 4 раза в год (каждые 3 месяца) или при малейшем подозрении на рецидив.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Кистозная лимфангиома шеи, осложнённая сдавлением трахеи и угрозой асфиксии.

2. Дифференциальная диагностика проводится с: кавернозной гемангиомой (без прорастания кожи), бронхогенной кистой средостения, выбухающей на шею.

3. Неотложная помощь - пункционная аспирация жидкости из лимфангиомы.

4. Дальнейшая тактика - срочное оперативное вмешательство по жизненным показаниям.

5. Возможное осложнение - это инфицирование с последующим нагноением.

**7. Перечень практических умений:**

1. Измерение мягкотканных опухолей
2. Составление плана обследования
3. Диагностирование вида опухоли
4. Проведение дифференциальной диагностики
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных.
7. Пункция и биопсия мягкотканых опухолей наружных локализаций
8. Удаление поверхностных мягкотканых опухолей

**1.Тема: «Мягкотканные бластомы у детей»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Патанатомия злокачественных мягкотканных бластом

2.Гистоструктура

3.Классификация

4.Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

5.Диагностика, методы исследования

6.Дифференциальная диагностика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧАСТОТА ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ СОСТАВЛЯЕТ: (1)

1. 2%

2. 20%

3. 50%

4 10%

5. 40%

2. ИЗ КАКОГО ЗАРОДЫШЕВОГО ЛИСТКА РАСТУТ ТЕРАТОМЫ? (1)

1. только из эктодермы

2. только из мезодермы

3. только из энтодермы

4. из всех листков, перечисленных в пунктах а, б, в

5. не имеют связи с ними

3. НАЗОВИТЕ САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ТЕРАТОМЫ: (1)

1. головной мозг

2. переднее средостение

3. яичник

4.крестцово-копчиковая область

5. брюшная полость

6. забрюшинное пространство

4. КАКИЕ ДВЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТЕРАТОМЫ?

1. эмбриональная

2. доброкачественная

3. смешанная

4. злокачественная

5. приобретённая

5. ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСАХ

1. криотерапию
2. склеротерапию
3. электрокоагуляцию
4. лучевое воздействие
5. хирургическое иссечение

6. РЕГРЕСС ГЕМАНГИОМ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. на первом году жизни
2. после 1 года
3. после 5 лет
4. только в пубертатном периоде
5. только у взрослых

7. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЭКТОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. атерома
2. фиброма
3. липома
4. рабдомиома
5. десмоид

8. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕМАНГИОМ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ:

1. пигментированного образования
2. небольшого красного пятна
3. обширного образования коричневого цвета
4. припухлости поражённой зоны без изменения кожи
5. увеличения объёма поражённой зоны

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НЕ ТИПИЧНАЯ ДЛЯ ЛИМФАНГИОМ

1. забрюшинное пространство
2. шея
3. подмышечная область
4. губа, язык
5. плоские кости

10. ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРЫЙ ДЛЯ МАЛИГНИЗАЦИИ НЕВУСА

1. появление кровоточащих трещин
2. появление дочерних невусов
3. изменение цвета
4. инфильтрация тканей
5. медленный рост

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 1

2. 4

3. 4

4. 4, 5

5. 5

6. 5

7. 1

8. 2

9. 5

10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В поликлинику обратилась мать с ребёнком 3-х месяцев с обширной опухолью передней поверхности грудной стенки. Со слов матери, опухоль у ребёнка существует с рождения, в последнее время стала быстро увеличиваться в размерах.

При осмотре: опухоль синюшно-багрового цвета, незначительно выступает над кожей, размеры 7×5 см, при пальпации безболезненная, имеет мягкую консистенцию, бархатистую поверхность, при надавливании пальцем бледнеет, при отнятии пальца цвет быстро восстанавливается.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика врача-педиатра поликлиники?

3. Какой объём обследования обязателен при направлении ребёнка на оперативное лечение?

4. Какой объём оперативного вмешательства предстоит выполнить больному?

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №2**

У мальчика 8 лет на промежности имеется тёмно-коричневого цвета пятно размерами 3×8 см, овальной формы, с чёткими границами, в центре которого проходит трещина. Последняя появилась несколько дней назад, причиняет ребёнку боль, в связи с чем родители и доставили его в клинику детской хирургии.

Из анамнеза выяснено, что это пятно врождённое, увеличивалось медленно - в соответствии с ростом ребёнка, ранее никакого беспокойства не доставляло. В последнее время мальчик увлёкся ездой на велосипеде. Появление трещины родители связывают с хронической травматизацией этого участка велосипедным сидением.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Правы ли родители в своей версии?

3. К каким тяжёлым осложнениям это заболевание может привести?

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №3**

В клинику детской хирургии из роддома переведён новорождённый ребёнок с большой опухолью в области ягодиц. Родился сутки назад, доношенный, масса тела 3700,0, самочувствие ближе к удовлетворительному. Нарушения функции тазовых органов нет.

При осмотре локального статуса обнаружено: в крестцово-копчиковой области (равномерно с обеих сторон) имеется опухолевидное образование, размерами 12×15 см, покрыто неизмененной кожей, безболезненно при пальпации, неравномерной консистенции — есть мягкие участки и есть плотные включения. При исследовании рer rektum в области задней стенки прямой кишки в неё пролабирует часть опухоли, хотя полного перекрытия просвета нет.

Общий анализ крови - патологических изменений нет.

Рентгенография таза - в проекции опухоли обнаружены фрагменты костной плотности.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план обследование.

3. Укажите возможные осложнения.

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Что входит в понятие диспансеризации в данном случае?

**Задача №4**

У двухлетнего мальчика мама обнаружила опухолевидное образование в области правого бедра, которое при дотрагивании становилось болезненным. Указанная опухоль замечена около 2 месяцев назад, быстро увеличивается. Дополнительно удалось выяснить, что у ребенка ухудшился аппетит, и он похудел за последний месяц на 1,5 кг.

При осмотре: ребёнок пониженного питания, вял, капризен, кожа бледная, слизистые чистые, по внутренним органам - без патологической симптоматики. Стул и мочеиспускания не нарушены.

Местно: на передней поверхности в средней трети правого бедра визуально определяется опухолевидное образование размерами 6x8 см, при пальпации его ребёнок беспокоится, консистенция плотная, границы нечёткие, смещаемость плохая, на коже в области опухоли усилен венозный рисунок. В паховой области пальпируются увеличенные лимфоузлы.

В клинике детской хирургии, куда поступил ребёнок, сделаны общий анализ крови, в котором есть некоторые изменения (НВ - 90г/л; лейкоциты - 9,1×109/л; СОЭ - 32 мм/час) и рентгенография грудной клетки (последняя - без изменений).

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования несут необходимую информацию для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?

4. Укажите правильное тактическое решение у данного больного.

5. Осветите вопросы реабилитации и диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №5**

В род. доме родился ребёнок с обширной опухолью в области шеи. Опухоль распространяется в полость рта, прорастает язык. Консистенция опухоли мягко-эластическая, кожа над ней не изменена. У ребёнка нарастает клиника дыхательной недостаточности, создается угроза жизни.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С чем нужно дифференцировать данную патологию?

3. Какую помощь необходимо оказать по экстренным показаниям, не дожидаясь хирурга?

4. Какова дальнейшая тактика?

5. Какое осложнение может развиться после оказания вашей первой помощи?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Капиллярная гемангиома грудной клетки.

2. Направление на плановое оперативное лечение.

3. Обследование перед операцией: развёрнутый анализ крови, исследование гемостаза, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки.

4. Предстоящий объём оперативного вмешательства - одномоментное иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Если будет очень большой дефект и рану не удастся ушить «край в край», возникает необходимость перемещения треугольных кожных лоскутов по Лимбергу.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых гемангиом в других местах.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Пигментный невус.

2. Да

3. К инфицированию - развитию флегмоны промежности и даже к сепсису, к малигнизации.

4. Тактика - оперативное лечение: радикальное иссечение невуса в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых невусов в других местах.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Тератома крестцово-копчиковой области.

2. Дополнительное обследование: групповая и Rh-принадлежность; исследование системы гемостаза.

3. Малигнизация, обтурационная непроходимость, нарушение функции органов малого таза.

4. Показано оперативное лечение - радикальное удаление тератомы с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры и рентгенологическое обследование 2 раза в год.

**К задаче №4:**

1. Фибросаркома.

2. Необходимое обследование: УЗИ, КТ, МРТ опухоли, пункционная биопсия опухоли, биопсия регионарного лимфоузла в паховой области.

3. Рабдомиосаркома, нейрофиброматоз.

4. Операция (радикальное удаление опухоли),ПХТ + лучевая терапия до и после операции.

5. Реабилитация состоит в продолжении курсов противорецидивного лечения (ПХТ + лучевое воздействие), а также в проведении общеукрепляющей терапии. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры, OAK и УЗИ 4 раза в год (каждые 3 месяца) или при малейшем подозрении на рецидив.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Кистозная лимфангиома шеи, осложнённая сдавлением трахеи и угрозой асфиксии.

2. Дифференциальная диагностика проводится с: кавернозной гемангиомой (без прорастания кожи), бронхогенной кистой средостения, выбухающей на шею.

3. Неотложная помощь - пункционная аспирация жидкости из лимфангиомы.

4. Дальнейшая тактика - срочное оперативное вмешательство по жизненным показаниям.

5. Возможное осложнение - это инфицирование с последующим нагноением.

**6. Перечень практических умений:**

1. Измерение мягкотканных опухолей
2. Составление плана обследования
3. Диагностирование вида опухоли
4. Проведение дифференциальной диагностики
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных.
7. Пункция и биопсия мягкотканых опухолей наружных локализаций

**1.Тема: «Мягкотканные бластомы у детей»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Патанатомия мягкотканных бластом

2.Гистоструктура

3.Классификация

4.Особенности клинического течения, общие и местные симптомы

5.Диагностика, методы исследования

6.Дифференциальная диагностика

7.Принципы и методы лечения в зависимости от стадии и вида опухоли

8.Вопросы диспансеризации и реабилитации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСАХ

1. криотерапию
2. склеротерапию
3. электрокоагуляцию
4. лучевое воздействие
5. хирургическое иссечение

2. ИЗ КАКОГО ЗАРОДЫШЕВОГО ЛИСТКА РАСТУТ ТЕРАТОМЫ

1. только из эктодермы
2. только из мезодермы
3. только из энтодермы
4. из всех листков
5. не имеют связи с ними

3. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

1. оперативное c рентгенотерапией
2. антибактериальное
3. химиотерапия и оперативное лечение
4. химиотерапия
5. лучевая терапия

4. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПИГМЕНТНЫМ ОПУХОЛЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. плоский невус
2. волосистый невус
3. бородавчатый невус
4. папиломатозный невус
5. меланома

5. ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСАХ

1. криотерапию
2. склеротерапию
3. электрокоагуляцию
4. лучевое воздействие
5. хирургическое иссечение

6. РЕГРЕСС ГЕМАНГИОМ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. на первом году жизни
2. после 1 года
3. после 5 лет
4. только в пубертатном периоде
5. только у взрослых

7. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЭКТОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. атерома
2. фиброма
3. липома
4. рабдомиома
5. десмоид

8. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕМАНГИОМ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ:

1. пигментированного образования
2. небольшого красного пятна
3. обширного образования коричневого цвета
4. припухлости поражённой зоны без изменения кожи
5. увеличения объёма поражённой зоны

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ НЕ ТИПИЧНАЯ ДЛЯ ЛИМФАНГИОМ

1. забрюшинное пространство
2. шея
3. подмышечная область
4. губа, язык
5. плоские кости

10. ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРЫЙ ДЛЯ МАЛИГНИЗАЦИИ НЕВУСА

1. появление кровоточащих трещин
2. появление дочерних невусов
3. изменение цвета
4. инфильтрация тканей
5. медленный рост

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 4
3. 4
4. 5
5. 5
6. 5
7. 1
8. 2
9. 5
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В поликлинику обратилась мать с ребёнком 3-х месяцев с обширной опухолью передней поверхности грудной стенки. Со слов матери, опухоль у ребёнка существует с рождения, в последнее время стала быстро увеличиваться в размерах.

При осмотре: опухоль синюшно-багрового цвета, незначительно выступает над кожей, размеры 7×5 см, при пальпации безболезненная, имеет мягкую консистенцию, бархатистую поверхность, при надавливании пальцем бледнеет, при отнятии пальца цвет быстро восстанавливается.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика врача-педиатра поликлиники?

3. Какой объём обследования обязателен при направлении ребёнка на оперативное лечение?

4. Какой объём оперативного вмешательства предстоит выполнить больному?

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №2**

У мальчика 8 лет на промежности имеется тёмно-коричневого цвета пятно размерами 3×8 см, овальной формы, с чёткими границами, в центре которого проходит трещина. Последняя появилась несколько дней назад, причиняет ребёнку боль, в связи с чем родители и доставили его в клинику детской хирургии.

Из анамнеза выяснено, что это пятно врождённое, увеличивалось медленно - в соответствии с ростом ребёнка, ранее никакого беспокойства не доставляло. В последнее время мальчик увлёкся ездой на велосипеде. Появление трещины родители связывают с хронической травматизацией этого участка велосипедным сидением.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Правы ли родители в своей версии?

3. К каким тяжёлым осложнениям это заболевание может привести?

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Осветите вопросы диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №3**

В клинику детской хирургии из роддома переведён новорождённый ребёнок с большой опухолью в области ягодиц. Родился сутки назад, доношенный, масса тела 3700,0, самочувствие ближе к удовлетворительному. Нарушения функции тазовых органов нет.

При осмотре локального статуса обнаружено: в крестцово-копчиковой области (равномерно с обеих сторон) имеется опухолевидное образование, размерами 12×15 см, покрыто неизмененной кожей, безболезненно при пальпации, неравномерной консистенции — есть мягкие участки и есть плотные включения. При исследовании рer rektum в области задней стенки прямой кишки в неё пролабирует часть опухоли, хотя полного перекрытия просвета нет.

Общий анализ крови - патологических изменений нет.

Рентгенография таза - в проекции опухоли обнаружены фрагменты костной плотности.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план обследование.

3. Укажите возможные осложнения.

4. Сформулируйте лечебную тактику.

5. Что входит в понятие диспансеризации в данном случае?

**Задача №4**

У двухлетнего мальчика мама обнаружила опухолевидное образование в области правого бедра, которое при дотрагивании становилось болезненным. Указанная опухоль замечена около 2 месяцев назад, быстро увеличивается. Дополнительно удалось выяснить, что у ребенка ухудшился аппетит, и он похудел за последний месяц на 1,5 кг.

При осмотре: ребёнок пониженного питания, вял, капризен, кожа бледная, слизистые чистые, по внутренним органам - без патологической симптоматики. Стул и мочеиспускания не нарушены.

Местно: на передней поверхности в средней трети правого бедра визуально определяется опухолевидное образование размерами 6x8 см, при пальпации его ребёнок беспокоится, консистенция плотная, границы нечёткие, смещаемость плохая, на коже в области опухоли усилен венозный рисунок. В паховой области пальпируются увеличенные лимфоузлы.

В клинике детской хирургии, куда поступил ребёнок, сделаны общий анализ крови, в котором есть некоторые изменения (НВ - 90г/л; лейкоциты - 9,1×109/л; СОЭ - 32 мм/час) и рентгенография грудной клетки (последняя - без изменений).

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования несут необходимую информацию для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?

4. Укажите правильное тактическое решение у данного больного.

5. Осветите вопросы реабилитации и диспансеризации в амбулаторных условиях.

**Задача №5**

В род. доме родился ребёнок с обширной опухолью в области шеи. Опухоль распространяется в полость рта, прорастает язык. Консистенция опухоли мягко-эластическая, кожа над ней не изменена. У ребёнка нарастает клиника дыхательной недостаточности, создается угроза жизни.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С чем нужно дифференцировать данную патологию?

3. Какую помощь необходимо оказать по экстренным показаниям, не дожидаясь хирурга?

4. Какова дальнейшая тактика?

5. Какое осложнение может развиться после оказания вашей первой помощи?

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Капиллярная гемангиома грудной клетки.

2. Направление на плановое оперативное лечение.

3. Обследование перед операцией: развёрнутый анализ крови, исследование гемостаза, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки.

4. Предстоящий объём оперативного вмешательства - одномоментное иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Если будет очень большой дефект и рану не удастся ушить «край в край», возникает необходимость перемещения треугольных кожных лоскутов по Лимбергу.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых гемангиом в других местах.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Пигментный невус.

2. Да

3. К инфицированию - развитию флегмоны промежности и даже к сепсису, к малигнизации.

4. Тактика - оперативное лечение: радикальное иссечение невуса в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация состоит в динамическом наблюдении за ребёнком для исключения рецидива или возникновения новых невусов в других местах.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Тератома крестцово-копчиковой области.

2. Дополнительное обследование: групповая и Rh-принадлежность; исследование системы гемостаза.

3. Малигнизация, обтурационная непроходимость, нарушение функции органов малого таза.

4. Показано оперативное лечение - радикальное удаление тератомы с обязательным гистологическим исследованием.

5. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры и рентгенологическое обследование 2 раза в год.

**К задаче №4:**

1. Фибросаркома.

2. Необходимое обследование: УЗИ, КТ, МРТ опухоли, пункционная биопсия опухоли, биопсия регионарного лимфоузла в паховой области.

3. Рабдомиосаркома, нейрофиброматоз.

4. Операция (радикальное удаление опухоли),ПХТ + лучевая терапия до и после операции.

5. Реабилитация состоит в продолжении курсов противорецидивного лечения (ПХТ + лучевое воздействие), а также в проведении общеукрепляющей терапии. Диспансеризация заключается в динамическом наблюдении, чтобы не пропустить возможного рецидива: осмотры, OAK и УЗИ 4 раза в год (каждые 3 месяца) или при малейшем подозрении на рецидив.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Кистозная лимфангиома шеи, осложнённая сдавлением трахеи и угрозой асфиксии.

2. Дифференциальная диагностика проводится с: кавернозной гемангиомой (без прорастания кожи), бронхогенной кистой средостения, выбухающей на шею.

3. Неотложная помощь - пункционная аспирация жидкости из лимфангиомы.

4. Дальнейшая тактика - срочное оперативное вмешательство по жизненным показаниям.

5. Возможное осложнение - это инфицирование с последующим нагноением.

**6. Перечень практических умений:**

1. Измерение мягкотканных опухолей
2. Составление плана обследования
3. Диагностирование вида опухоли
4. Проведение дифференциальной диагностики
5. Оформление истории болезни
6. Проводение реабилитации и диспансеризации онкобольных.
7. Пункция и биопсия мягкотканых опухолей наружных локализаций
8. Удаление поверхностных мягкотканых опухолей

**1.Тема: «Острая гнойная деструкция легких у детей. Внутрилегочная деструкция».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиология, патогенез острой гнойной деструкции легких.

2. Классификация ОГДЛ.

3. Клиника внутрилегочных и легочно-плевральных форм ОГДЛ.

4. Показания и методика проведения плевральной пункции.

5. Показания и методика проведения дренирования плевральной полости.

5. Принципы лечения ОГДЛ.

6. Показания к оперативному лечению.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОГО ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ НЕТ ПРИ ОГДЛ:

а) пневмоторакс

б) бронхит

в) пиоторакс

г) выпотной плеврит

д) пиопневмоторакс

2. ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО, ДРЕНИРУЮЩЕМСЯ В БРОНХИАЛЬНОЕ ДЕРЕВО, ПРОВОДИТСЯ:

а) наложение пневмоторакса

б) чрескожная пункция абсцесса

в) чрезбронхиальная катетеризация абсцесса

г) радикальная операция

3. ОБЪЕМ УДАЛЕННОГО ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРВОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

а) 1/4объема

б) 1/3объема

в) 1/2 объема

г) 2/3 объема

д) весь объем

4. ОСТРЫЙ ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

а) радикальную операцию

б) многократные плевральные пункции

в) дренирование плевральной полости

г) консервативное лечение без плевральной пункции

5. ПРИ ПРОРЫВЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ НЕОБХОДИМО:

а) пунктировать плевральную полость

б) срочное дренирование плевральной полости при неэффективности плевральной пункции

в) только антибактериальная терапия

г) радикальная операция – торакотомия с резекцией легкого

д) чрезбронхиальная катетеризация абсцесса

6. ОБЫЧНО В КАКОЙ СРОК РАЗВИВАЮТСЯ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОГДЛ У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ

а) через 2-3 дня

б) через 1-1,5 месяца

в) через 3 месяца

г) на 1-ой – 3-ей неделе

д) одновременно с развитием ОГДЛ

7. КАКОЙ ВИД КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОГДЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

а) острый

б) затяжной

в) хронический

г) рецидивирующий

8. МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГНОЙНОМ ПЛЕВРИТЕ:

а) во 2-ом межреберье по средне-ключичной линии

б) в 9-ом межреберье по лопаточной линии

в) в 5-6 межреберье по средне-подмышечной линии

г) во 2-ом межреберье по задне-подмышечной линии

д) во 2-ом межреберье по средне-ключичной линии

9. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОГДЛ

а) абсцесс легкого

б) пневмоторакс

в) буллы

г) врожденные кисты

д) медиастинальная эмфизема

е) мелкоочаговая множественная деструкция

10. КАКОЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОГДЛ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ

а) гематогенный

б) аэробронхиальный

в) алиментарный

г) контактно-бытовой

д) лимфогенный

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. б

2. в

3. г

4. в

5. в

6. г

7. а

8. в

9. б

10.б

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

В приемное отделение доставлен ребенок 1,5 лет. Отмечается выраженное беспокойство, учащенное дыхание, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Из анамнеза известно, что получал лечение по поводу ОРВИ в течение 5 дней. 2 часа назад резко ухудшилось состояние.

1. Поставьте диагноз.

2. Какой метод диагностики поможет уточнить диагноз?

3. Какое лечение показано ребенку?

**Задача № 2**

В приемное отделение поступил ребенок 3 лет. Перенес ОРВИ. Появился кашель с гнойной мокротой, особенно по утрам и при наклоне туловища вперед. Лечился дома.

1. Какой диагноз можно предположить?

2. Ваша тактика?

**Задача № 3**

Девочка, 5-ти лет, длительно болеет ОРВИ, при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторно притупление легочного звука по всем легочным полям справа, отмечается сужение межреберных пространств, дыхание резко ослаблено.

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков алгоритм действий при данной ситуации?

**Задача № 4**

У ребенка 3-х лет на фоне ОРВИ на 6-ой день заболевания состояние ухудшилось: усилилась одышка, перкуторно притупление. Смещение средостения в противоположную сторону, дыхание резко ослаблено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какой способ лечения вы порекомендуете?

**Задача № 5**

При лечении пиопневмоторакса проведено дренирование плевральной полости. Отмечается сброс воздуха, на рентгенограмме - легкое не расправлено.

1. Ваша дальнейшая тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Задача № 1**

1. Пневмоторакс, пиопневмоторакс.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях.

3. Плевральная пункция, консервативная терапия.

**Задача № 2**

1. Дренирующийся абсцесс легкого.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях для уточнения диагноза. Консервативная терапия, включающая антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ингаляции, при необходимости – санационная бронхоскопия.

**Задача № 3**

1. Ателектаз легкого.

2.Госпитализация в хирургический стационар, рентгенография, санационная бронхоскопия, консервативная терапия.

**Задача № 4**

1. Выпотной плеврит

2. Плевральная пункция с эвакуацией содержимого и введением антибиотиков.

**Задача № 5**

Провести санационную бронхоскопию с попыткой расправить легкое, поисковая окклюзия бронха и обтурация бронха.

**6. Перечень практических умений:**

1. Перкуссия и аускультация грудной клетки.

2. Определить наличие выпота в плевральной полости.

3. Определить наличие пневмоторакса.

4. Показания к плевральной пункции.

5. Чтение рентгенограмм.

6. Перевязка больного.

7. Плевральная пункция

8.Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Острая гнойная деструкция легких у детей. Буллезная трансформация легких. Ателектаз легкого».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиология, патогенез ателектаза легких.

2. Классификация.

3. Клиника ателектаза легких

4. Показания и методика проведения плевральной пункции.

5. Показания и методика проведения дренирования плевральной полости.

5. Принципы лечения ателектаза.

6. Показания к оперативному лечению.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЛЯ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО

1. острая правожелудочковая недостаточность
2. симтом нарастающей эмфиземы легких
3. повышение АД
4. гиперсальвация
5. дыхательная недостаточность, интоксикация

2. В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИОСТЕНИТА ВХОДИТ

1. терапия глюкокортикостероидами
2. пункция плевральной полости
3. дренирование плевральной полости при неэффективности пункции
4. трахеобронхоскопия
5. дренирование полости средостения, антибактериальная терапия

3. ОСТРУЮ ГНОЙНУЮ ДЕСТРУКЦИЮ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1. с пневмосклерозом
2. с ларинготрахеитом
3. с муковисцедозом
4. с бронхитом
5. с врожденной лобарной эмфиземой

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гематогенный
2. аэробронхиальный
3. алиментарный
4. контактный
5. лимфогенный

5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО НАГНОИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЛЕГКИХ

1. смещение средостения в здоровую сторону
2. увеличение лимфоузлов корня легкого
3. смещение долевых бронхов
4. повышение прозрачности доли легкого
5. перибронхиальная инфильтрация

6. К ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ

1. абсцесс легкого
2. пневмоторакс
3. буллы
4. врожденные кисты
5. мелкоочаговая множественная деструкция

7. ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. абсцесс легкого
2. пиопневмоторакс
3. буллы
4. гигантский кортикальный абсцесс
5. мелкоочаговая деструкция легких

8. К ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ

1. пневмоторакс
2. плеврит
3. пиоторакс
4. пиопневмоторакс
5. буллы

9. ПРИ ПРОРЫВЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ НЕОБХОДИМО

1. пункция плевральной полости
2. дренирование плевральной полости
3. только антибактериальная терапия
4. радикальная операция – торакотомия с резекцией легкого
5. чрезбронхиальная катетеризация абсцесса

10. ОСТРЫЙ ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. пульмонэктомия
2. многократные плевральные пункции
3. дренирование плевральной полости
4. консервативное лечение
5. дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 5

2. 1

3. 1

4. 3

5. 3

6. 3

7. 2

8. 5

9. 2

1. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

В приемное отделение доставлен ребенок 1,5 лет. Отмечается выраженное беспокойство, учащенное дыхание, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Из анамнеза известно, что получал лечение по поводу ОРВИ в течение 5 дней. 2 часа назад резко ухудшилось состояние.

1. Поставьте диагноз.

2. Какой метод диагностики поможет уточнить диагноз?

3. Какое лечение показано ребенку?

**Задача № 2**

В приемное отделение поступил ребенок 3 лет. Перенес ОРВИ. Появился кашель с гнойной мокротой, особенно по утрам и при наклоне туловища вперед. Лечился дома.

1. Какой диагноз можно предположить?

2. Ваша тактика?

**Задача № 3**

Девочка, 5-ти лет, длительно болеет ОРВИ, при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторно притупление легочного звука по всем легочным полям справа, отмечается сужение межреберных пространств, дыхание резко ослаблено.

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков алгоритм действий при данной ситуации?

**Задача № 4**

У ребенка 3-х лет на фоне ОРВИ на 6-ой день заболевания состояние ухудшилось: усилилась одышка, перкуторно притупление. Смещение средостения в противоположную сторону, дыхание резко ослаблено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какой способ лечения вы порекомендуете?

**Задача № 5**

При лечении пиопневмоторакса проведено дренирование плевральной полости. Отмечается сброс воздуха, на рентгенограмме - легкое не расправлено.

1. Ваша дальнейшая тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Задача № 1**

1. Пневмоторакс, пиопневмоторакс.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях.

3. Плевральная пункция, консервативная терапия.

**Задача № 2**

1. Дренирующийся абсцесс легкого.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях для уточнения диагноза. Консервативная терапия, включающая антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ингаляции, при необходимости – санационная бронхоскопия.

**Задача № 3**

1. Ателектаз легкого.

2.Госпитализация в хирургический стационар, рентгенография, санационная бронхоскопия, консервативная терапия.

**Задача № 4**

1. Выпотной плеврит

2. Плевральная пункция с эвакуацией содержимого и введением антибиотиков.

**Задача № 5**

Провести санационную бронхоскопию с попыткой расправить легкое, поисковая окклюзия бронха и обтурация бронха.

**6. Перечень практических умений:**

1. Перкуссия и аускультация грудной клетки.
2. Определение наличия выпота в плевральной полости.
3. Определение наличия пневмоторакса.
4. Показания к плевральной пункции.
5. Чтение рентгенограмм.
6. Перевязка больного.
7. Плевральная пункция
8. Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Острая гнойная деструкция легких у детей. Деструкция с плевральными осложнениями».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиология, патогенез острой гнойной деструкции легких.

3. Клиника легочно-плевральных форм ОГДЛ.

4. Показания и методика проведения плевральной пункции.

5. Показания и методика проведения дренирования плевральной полости.

5. Принципы лечения ОГДЛ.

6. Показания к оперативному лечению.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной теме:**

1. ДЛЯ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО

1. острая правожелудочковая недостаточность
2. симтом нарастающей эмфиземы легких
3. повышение АД
4. гиперсальвация
5. дыхательная недостаточность, интоксикация

2. В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИОСТЕНИТА ВХОДИТ

1. терапия глюкокортикостероидами
2. пункция плевральной полости
3. дренирование плевральной полости при неэффективности пункции
4. трахеобронхоскопия
5. дренирование полости средостения, антибактериальная терапия

3. ОСТРУЮ ГНОЙНУЮ ДЕСТРУКЦИЮ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1. с пневмосклерозом
2. с ларинготрахеитом
3. с муковисцедозом
4. с бронхитом
5. с врожденной лобарной эмфиземой

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гематогенный
2. аэробронхиальный
3. алиментарный
4. контактный
5. лимфогенный

5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО НАГНОИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЛЕГКИХ

1. смещение средостения в здоровую сторону
2. увеличение лимфоузлов корня легкого
3. смещение долевых бронхов
4. повышение прозрачности доли легкого
5. перибронхиальная инфильтрация

6. К ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ

1. абсцесс легкого
2. пневмоторакс
3. буллы
4. врожденные кисты
5. мелкоочаговая множественная деструкция

7. ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. абсцесс легкого
2. пиопневмоторакс
3. буллы
4. гигантский кортикальный абсцесс
5. мелкоочаговая деструкция легких

8. К ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ

1. пневмоторакс
2. плеврит
3. пиоторакс
4. пиопневмоторакс
5. буллы

9. ПРИ ПРОРЫВЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ НЕОБХОДИМО

1. пункция плевральной полости
2. дренирование плевральной полости
3. только антибактериальная терапия
4. радикальная операция – торакотомия с резекцией легкого
5. чрезбронхиальная катетеризация абсцесса

10. ОСТРЫЙ ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. пульмонэктомия
2. многократные плевральные пункции
3. дренирование плевральной полости
4. консервативное лечение
5. дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 5

2. 1

3. 1

4. 3

5. 3

6. 3

7. 2

8. 5

9. 2

10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

В приемное отделение доставлен ребенок 1,5 лет. Отмечается выраженное беспокойство, учащенное дыхание, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Из анамнеза известно, что получал лечение по поводу ОРВИ в течение 5 дней. 2 часа назад резко ухудшилось состояние.

1. Поставьте диагноз.

2. Какой метод диагностики поможет уточнить диагноз?

3. Какое лечение показано ребенку?

**Задача № 2**

В приемное отделение поступил ребенок 3 лет. Перенес ОРВИ. Появился кашель с гнойной мокротой, особенно по утрам и при наклоне туловища вперед. Лечился дома.

1. Какой диагноз можно предположить?

2. Ваша тактика?

**Задача № 3**

Девочка, 5-ти лет, длительно болеет ОРВИ, при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторно притупление легочного звука по всем легочным полям справа, отмечается сужение межреберных пространств, дыхание резко ослаблено.

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков алгоритм действий при данной ситуации?

**Задача № 4**

У ребенка 3-х лет на фоне ОРВИ на 6-ой день заболевания состояние ухудшилось: усилилась одышка, перкуторно притупление. Смещение средостения в противоположную сторону, дыхание резко ослаблено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какой способ лечения вы порекомендуете?

**Задача № 5**

При лечении пиопневмоторакса проведено дренирование плевральной полости. Отмечается сброс воздуха, на рентгенограмме - легкое не расправлено.

1. Ваша дальнейшая тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Задача № 1**

1. Пневмоторакс, пиопневмоторакс.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях.

3. Плевральная пункция, консервативная терапия.

**Задача № 2**

1. Дренирующийся абсцесс легкого.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях для уточнения диагноза. Консервативная терапия, включающая антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ингаляции, при необходимости – санационная бронхоскопия.

**Задача № 3**

1. Ателектаз легкого.

2.Госпитализация в хирургический стационар, рентгенография, санационная бронхоскопия, консервативная терапия.

**Задача № 4**

1. Выпотной плеврит

2. Плевральная пункция с эвакуацией содержимого и введением антибиотиков.

**Задача № 5**

Провести санационную бронхоскопию с попыткой расправить легкое, поисковая окклюзия бронха и обтурация бронха.

**6. Перечень практических умений:**

1. Перкуссия и аускультация грудной клетки.
2. Определение наличия выпота в плевральной полости.
3. Определение наличия пневмоторакса.
4. Показания к плевральной пункции.
5. Чтение рентгенограмм.
6. Перевязка больного.
7. Плевральная пункция
8. Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Острая гнойная деструкция легких у детей. Консервативное и оперативное лечение ОГДП».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиология, патогенез острой гнойной деструкции легких.

2. Классификация ОГДЛ.

3. Клиника внутрилегочных и легочно-плевральных форм ОГДЛ.

4. Показания и методика проведения плевральной пункции.

5. Показания и методика проведения дренирования плевральной полости.

5. Принципы лечения ОГДЛ.

6. Показания к оперативному лечению.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЙ ВИД КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОГДЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

а) острый

б) затяжной

в) хронический

г) рецидивирующий

2. МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГНОЙНОМ ПЛЕВРИТЕ:

а) во 2-ом межреберье по средне-ключичной линии

б) в 9-ом межреберье по лопаточной линии

в) в 5-6 межреберье по средне-подмышечной линии

г) во 2-ом межреберье по задне-подмышечной линии

д) во 2-ом межреберье по средне-ключичной линии

3. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОГДЛ

а) абсцесс легкого

б) пневмоторакс

в) буллы

г) врожденные кисты

д) медиастинальная эмфизема

е) мелкоочаговая множественная деструкция

4. КАКОЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОГДЛ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ

а) гематогенный

б) аэробронхиальный

в) алиментарный

г) контактно-бытовой

д) лимфогенный

5. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ФОРМЕ ОГДЛ

а) пневмоторакс

б) выпотной плеврит

в) пиоторакс

г) пиопневмоторакс

д) буллы

6. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОГДЛ

а) 3-5 лет

б) 1-3 года

в) до 10 лет

г) до 15 лет

д) 5-7 лет

7. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОГДЛ

а) наследственность

б) беременность

в) алиментарный фактор

г) вредные привычки

д) свойства возбудителя

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИНДРОМЫ, КОТОРЫЕ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОГДЛ:

а) дыхательной недостаточности

б) нейротоксический

в) синдром внутригрудного напряжения

г) абдоминальный

д) геморрагический

9. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДРЕНИРУЮЩЕГОСЯ В БРОНХ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО

а) сильный кашель с обильной мокротой

б) влажные хрипы

в) гиперсаливация

г) ослабление дыхания

д) притупление перкуторного звука

10. КАКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТОТАЛЬНОГО ВЫПОТНОГО ПЛЕВРИТА:

а) интенсивное гомогенное затемнение гемиторакса

б) расширение межреберных промежутков

в) смещение средостения в противоположную сторону

г) тень в легком неправильной формы

д) увеличение в объеме гемиторакса на больной стороне

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. а

2. в

3. б

4.б

5.д

6.б

7.д

8.д

9.в

10.г

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

В приемное отделение доставлен ребенок 1,5 лет. Отмечается выраженное беспокойство, учащенное дыхание, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Из анамнеза известно, что получал лечение по поводу ОРВИ в течение 5 дней. 2 часа назад резко ухудшилось состояние.

1. Поставьте диагноз.

2. Какой метод диагностики поможет уточнить диагноз?

3. Какое лечение показано ребенку?

**Задача № 2**

В приемное отделение поступил ребенок 3 лет. Перенес ОРВИ. Появился кашель с гнойной мокротой, особенно по утрам и при наклоне туловища вперед. Лечился дома.

1. Какой диагноз можно предположить?

2. Ваша тактика?

**Задача № 3**

Девочка, 5-ти лет, длительно болеет ОРВИ, при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторно притупление легочного звука по всем легочным полям справа, отмечается сужение межреберных пространств, дыхание резко ослаблено.

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков алгоритм действий при данной ситуации?

**Задача № 4**

У ребенка 3-х лет на фоне ОРВИ на 6-ой день заболевания состояние ухудшилось: усилилась одышка, перкуторно притупление. Смещение средостения в противоположную сторону, дыхание резко ослаблено.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какой способ лечения вы порекомендуете?

**Задача № 5**

При лечении пиопневмоторакса проведено дренирование плевральной полости. Отмечается сброс воздуха, на рентгенограмме - легкое не расправлено.

1. Ваша дальнейшая тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Задача № 1**

1. Пневмоторакс, пиопневмоторакс.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях.

3. Плевральная пункция, консервативная терапия.

**Задача № 2**

1. Дренирующийся абсцесс легкого.

2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях для уточнения диагноза. Консервативная терапия, включающая антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ингаляции, при необходимости – санационная бронхоскопия.

**Задача № 3**

1. Ателектаз легкого.

2.Госпитализация в хирургический стационар, рентгенография, санационная бронхоскопия, консервативная терапия.

**Задача № 4**

1. Выпотной плеврит

2. Плевральная пункция с эвакуацией содержимого и введением антибиотиков.

**Задача № 5**

Провести санационную бронхоскопию с попыткой расправить легкое, поисковая окклюзия бронха и обтурация бронха.

**6. Перечень практических умений:**

1. Перкуссия и аускультация грудной клетки.

2. Определить наличие выпота в плевральной полости.

3. Определить наличие пневмоторакса.

4. Показания к плевральной пункции.

5. Чтение рентгенограмм.

6. Перевязка больного.

7. Плевральная пункция

8. Торакоцентез с дренированием плевральной полости

**1.Тема: «Бронхоэктатическая болезнь. Врожденная БЭБ».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности
2. Этиология, патогенез
3. Частота БЭБ среди всех гнойных заболеваний легких.
4. Патогенез врожденной БЭБ.
5. Классификация врожденной БЭБ.
6. Клиническая картина врожденной БЭБ.
7. Признаки синдромов дыхательной недостаточности, интоксикации.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. БРОНХОЭКТАЗЫ ПО ФОРМЕ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ НА

1. мешотчатые, кистовидные, цилиндрические
2. приобретенные, врожденные
3. дизонтогенетические, цилиндрические
4. односторонние, двухсторонние
5. дизонтогенетические, кистовидные

2. РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. удаление сегмента или доли легкого
2. окклюзия бронха
3. дренирование плевральной полости
4. плевральная пункция
5. введение в плевральную полость ферментов

3. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХОЭКТАЗЫ РАЗДЕЛЯЮТ НА

1. односторонние, двусторонние
2. эмфизематозные, ателектатические
3. мешотчатые, кистовидные
4. цилиндрические, локальные
5. кистовидные, двусторонние

4. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. некроз кожного лоскута
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. острая кишечная непроходимость
4. муковисцидоз
5. ателектаз легкого, несостоятельность швов бронха

5. В НАИБОЛЬШЕЕ ОТХОЖДЕНИЕ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОИСХОДИТ

1. ночью
2. днем
3. утром
4. вечером
5. не зависит от времени суток

6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ

1. курортно-санаторное
2. консервативное лечение в стационаре
3. дренирование плевральной полости
4. резекция пораженных участков легкого
5. гормонотерапия

7. НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЛИЯЮТ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

1. нарушение приема витамина D
2. частые аденоидиты
3. длительный прием антибиотиков
4. пороки развития костно-суставной системы
5. рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких

8. НА СОЧЕТАННУЮ ПАТОЛОГИЮ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЕТ

1. отхождение мокроты по утрам
2. цианотичный оттенок кожных покровов и слизистых
3. одышка
4. петехиальная сыпь
5. деформация пальцев («барабанные палочки», «часовые стекла»)

9. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ ВКЛЮЧАЕТ ФОРМЫ

1. цилиндрические, шаровидные, мешотчатые
2. кистовидные, грибовидные, мешотчатые
3. кистовидные, цилиндрические, грибовидные
4. цилиндрические, кистовидные, мешотчатые
5. мешотчатые, цилиндрические, грибовидные

10. НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ВЛИЯЕТ

1. дизонтогенетический фактор
2. опухоли средостения
3. воздушно-капельные инфекции
4. инородные тела
5. туберкулез легких

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 5
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 4
7. 3
8. 3
9. 2
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

На приеме у детского хирурга мальчик 12 лет с жалобами на деформацию грудной клетки, частые простудные заболевания, слабость, одышку, чувство дискомфорта в области сердца. Со слов, деформация замечена с 6 лет, которая постепенно увеличивается. В последние 2 года заметил, что на занятиях физкультурой нормативы упражнений им выполняются с трудом, появляются одышка и учащение сердцебиения. В школе занимается удовлетворительно.

Объективно. Состояние ребенка средней степени тяжести, при осмотре в контакт вступает неохотно, раздражителен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. mт=30 кг, lт=155 см.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 85 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на уровне левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VII ребер и н/3 грудины западают, грудина деформирована по типу «седла», наклон ребер и межреберные промежутки одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

На выполненной спирометрии: VC = 60%, FEV1,0 = 65%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика у данного больного.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №2**

На приеме у детского хирурга девочка 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов, деформация замечена с 11 лет, которая постепенно увеличивается. Простудными заболеваниями болеет редко. У родственников деформации конечностей и грудной клетки нет. В школе занимается хорошо.

Объективно. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Телосложение астеническое.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 80 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VI ребер и с/3 грудины выпячиваются вперед, наклон ребер снижен, межреберные промежутки широкие, одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Показания к оперативному лечению.

4. Лечебная тактика у данного больного?

5. Послеоперационная реабилитация данного больного.

**Задача №3**

На приеме у детского хирурга в поликлинике мальчик 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов матери, деформация замечена с 9-летнего возраста. Задержки физического развития не отмечается. С возрастом деформация прогрессирует.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, телосложение правильное, mТ=40 кг, lT=152 см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 19 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет, ЧСС 82 уд. в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Локально: хрящевые отделы III-VI ребер слева и н/3 грудины западают, наклон ребер выражен больше справа, межреберные промежутки расширены . Экскурсия грудной клетки снижена, больше слева.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение показано данному ребенку?

4. Относительные показания к хирургическому лечению.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №4**

В последние два месяца ребёнок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, одутловатость правой половины лица, усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше - с правой стороны. Аускультативно со стороны лёгких, сердца - без особенностей.

Рентгенологически: в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны определяется интенсивная, гомогенная, неправильно-овальной формы, с ровными наружными контурами тень опухолевидного образования. Сердце и лёгкие - без патологии.

В общем анализе крови: НЬ-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/час, других изменений нет.

Ребенок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Как следует трактовать одутловатость лица и усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса?

3. Составьте алгоритм обследования.

4. Какой должна быть тактика лечения?

5. Объём операции?

**Задача №5**

У ребёнка 2-х лет отмечено снижение аппетита, вялость, похудание, бледность кожных покровов, периодические боли в животе. Давность заболевания составляет 2-3 месяца.

При осмотре, кроме указанных признаков, отмечается увеличение размеров живота и венозный рисунок на коже брюшной стенки. При пальпации определяется опухолевидное образование в левой половине живота размерами 8×10 см, плотноэластической консистенции, с крупнобугристой поверхностью.

Задания:

1. Составьте алгоритм обследования больного для уточнения диагноза.

2. Каких изменений можно ожидать в OAK?

3. Поставьте предположительный диагноз с указанием стадии процесса.

4. Какие результаты дополнительных методов исследования подтвердят Ваши предположения?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче № 1**

Бронхоэктатическая болезнь.

Госпитализировать в легочной стационар и провести специальные методы исследования (бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.). Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Предполагается бронхоэктатическая болезнь. Провести спец. Методы исследования (бронхоскопия, бронхография, функция внешнего дыхания, анализы крови и др.).

Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 3**

Госпитализировать в легочный стационар. Сделать рентгенографию, бронхоскопию, бронхографию, функцию внешнего дыхания, анализы крови. Предполагается бронхоэктатическая болезнь.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Диагноз: Бронхоэктатическая болезнь.

2. Госпитализировать в лёгочной стационар и провести специальные методы исследования.

3. Бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.

4. .Бронхитическая.

5. В её основе лежит санация бронхиального дерева. С этой целью используют внутритрахеальные введения антисептических растворов в поликлинике повторными курсами (10-12 промываний каждые 3-4 месяца). Своевременно лечить острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания. Вероятность обострения воспалительного процесса в бронхах тем меньше, чем выше сопротивляемость организма к инфекции. Повышают сопротивляемость организма соблюдением гигиенического режима, дыхательной гимнастикой, закаливанием организма, полноценным питанием с повышенным содержанием животных белков и витаминов, санацией очагов воспаления.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Диагноз: Ателектаз легкого.

2.Обзорная рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, при необходимости рентгеноскопия, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на кислотно-щелочное состояние, биохимический анализ крови.

3. Госпитализация в хирургический стационар, проведение санационной бронхоскопии.

4. Консервативная терапия, включающая ингаляции, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.

5. Рестриктивная форма дыхательной недостаточности развивается вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких при их сдавлении, обусловленном пневмо- и гидротораксом, обширным ателектазом, буллезной эмфиземой. В механизме патофизиологических сдвигов помимо нарушений газообмена, связанных с уменьшением активной вентиляционной поверхности легких, большое значение имеет патологическое шунтирование венозной крови через невентилируемые участки легких. Клинические проявления соответствуют компенсированной либо декомпенсированной формам острой дыхательной недостаточности с типичной симптоматикой нарушения газообмена. Больного госпитализируют в профильное отделение (при гидро- или пневмотораксе – в хирургическое). Следует учитывать, что при проведении ИВЛ велика опасность развития напряженного пневмоторакса, смещения органов средостения и остановки сердца, поэтому ИВЛ у таких пациентов является методом повышенного риска.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у ребенка с БЭБ.
2. Пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки.
3. Определение наличия выпота в плевральной полости.
4. Диагностика наличия пневмоторакса.
5. Обследование сердечно-сосудистуй системы: частота пульса, артериальное давление.
6. Методика бронхоскопии и бронхографии.
7. Плевральная пункция
8. Дренирование плевральной полости

**1.Тема: «Бронхоэктатическая болезнь. Приобретенная БЭБ».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности
2. Частота БЭБ среди всех гнойных заболеваний легких.
3. Патогенез БЭБ.
4. Классификация БЭБ.
5. Клиническая картина БЭБ.
6. Признаки синдромов дыхательной недостаточности, интоксикации.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ:

а) стороны поражения дыхательной системы

б) выраженности, распространенности бронхоэктазов

в) врожденных пороков желудочно-кишечного тракта

г) наследственности

д) состояния сердечно-сосудистой системы

1. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ФАКТОР НЕ ВЛИЯЕТ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

а) дизонтогенетический

б) опухоли средостения

в) воздушно-капельные инфекции

г) инородные тела

д) туберкулез легких

1. УКАЖИТЕ КЛАССИФИКАЦИЮ БРОНХОЭКТАЗОВ ПО ГЕНЕЗУ:

а) приобретенные, врожденные

б) цилиндрические, мешотчатые

в) односторонние, двусторонние

г) дизонтогенетические, кистовидные

д) диффузные, локальные

1. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

а) период обострения

б) врожденный вывих бедра

в) наличие гнойных очагов инфекции в других органах и тканях

г) поражение более 13 сегментов легких

д) выраженное снижение показателей внешнего дыхания

1. НАЗОВИТЕ БРОНХОЭКТАЗЫ ПО ФОРМЕ:

а) мешотчатые, кистовидные, цилиндрические

б) приобретенные, врожденные

в) дизонтогенетические, цилиндрические

г) односторонние, двухсторонние

д) дизонтогенетические, кистовидные

1. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

а) удаление сегмента или доли

б) окклюзия бронха

в) дренирование плевральной полости

г) наложение пневмоторакса

д) чрезбронхиальная катетеризация

1. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ БРОНХОЭКТАЗЫ:

а) односторонние, двусторонние

б) эмфизематозные, ателектатические

в) мешотчатые, кистовидные

г) цилиндрические, локальные

д) кистовидные, двусторонние

1. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А) АТЕЛЕКТАЗ легкого

б) кровотечение

в) несостоятельность швов бронха

г) нагноение

д) некроз кожного лоскута

1. В КАКОЕ ВРЕМЯ СУТОК БОЛЬШЕ ВСЕГО БОЛЬНОЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫДЕЛЯЕТ ГНОЙНУЮ МОКРОТУ

а) ночью

б) днем

в) утром

г) вечером

д) не зависит от времени суток

1. КАКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕ ВЛИЯЮТ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ

а) врожденные пороки развития и аномалии бронхиального дерева

б) рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких

в) детские инфекционные заболевания, туберкулез

г) инородные тела трахеобронхиального дерева

д) пороки развития костно-суставной системы

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. б
2. б
3. а
4. б
5. а
6. а
7. а
8. д
9. в
10. д

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

На приеме у детского хирурга мальчик 12 лет с жалобами на деформацию грудной клетки, частые простудные заболевания, слабость, одышку, чувство дискомфорта в области сердца. Со слов, деформация замечена с 6 лет, которая постепенно увеличивается. В последние 2 года заметил, что на занятиях физкультурой нормативы упражнений им выполняются с трудом, появляются одышка и учащение сердцебиения. В школе занимается удовлетворительно.

Объективно. Состояние ребенка средней степени тяжести, при осмотре в контакт вступает неохотно, раздражителен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. mт=30 кг, lт=155 см.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 85 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на уровне левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VII ребер и н/3 грудины западают, грудина деформирована по типу «седла», наклон ребер и межреберные промежутки одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

На выполненной спирометрии: VC = 60%, FEV1,0 = 65%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика у данного больного.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №2**

На приеме у детского хирурга девочка 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов, деформация замечена с 11 лет, которая постепенно увеличивается. Простудными заболеваниями болеет редко. У родственников деформации конечностей и грудной клетки нет. В школе занимается хорошо.

Объективно. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Телосложение астеническое.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 80 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VI ребер и с/3 грудины выпячиваются вперед, наклон ребер снижен, межреберные промежутки широкие, одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Показания к оперативному лечению.

4. Лечебная тактика у данного больного?

5. Послеоперационная реабилитация данного больного.

**Задача №3**

На приеме у детского хирурга в поликлинике мальчик 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов матери, деформация замечена с 9-летнего возраста. Задержки физического развития не отмечается. С возрастом деформация прогрессирует.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, телосложение правильное, mТ=40 кг, lT=152 см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 19 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет, ЧСС 82 уд. в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Локально: хрящевые отделы III-VI ребер слева и н/3 грудины западают, наклон ребер выражен больше справа, межреберные промежутки расширены . Экскурсия грудной клетки снижена, больше слева.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение показано данному ребенку?

4. Относительные показания к хирургическому лечению.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №4**

В последние два месяца ребёнок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, одутловатость правой половины лица, усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше - с правой стороны. Аускультативно со стороны лёгких, сердца - без особенностей.

Рентгенологически: в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны определяется интенсивная, гомогенная, неправильно-овальной формы, с ровными наружными контурами тень опухолевидного образования. Сердце и лёгкие - без патологии.

В общем анализе крови: НЬ-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/час, других изменений нет.

Ребенок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Как следует трактовать одутловатость лица и усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса?

3. Составьте алгоритм обследования.

4. Какой должна быть тактика лечения?

5. Объём операции?

**Задача №5**

У ребёнка 2-х лет отмечено снижение аппетита, вялость, похудание, бледность кожных покровов, периодические боли в животе. Давность заболевания составляет 2-3 месяца.

При осмотре, кроме указанных признаков, отмечается увеличение размеров живота и венозный рисунок на коже брюшной стенки. При пальпации определяется опухолевидное образование в левой половине живота размерами 8×10 см, плотноэластической консистенции, с крупнобугристой поверхностью.

Задания:

1. Составьте алгоритм обследования больного для уточнения диагноза.

2. Каких изменений можно ожидать в OAK?

3. Поставьте предположительный диагноз с указанием стадии процесса.

4. Какие результаты дополнительных методов исследования подтвердят Ваши предположения?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче № 1**

Бронхоэктатическая болезнь.

Госпитализировать в легочной стационар и провести специальные методы исследования (бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.). Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Предполагается бронхоэктатическая болезнь. Провести спец. Методы исследования (бронхоскопия, бронхография, функция внешнего дыхания, анализы крови и др.).

Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 3**

Госпитализировать в легочный стационар. Сделать рентгенографию, бронхоскопию, бронхографию, функцию внешнего дыхания, анализы крови. Предполагается бронхоэктатическая болезнь.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Диагноз: Бронхоэктатическая болезнь.

2. Госпитализировать в лёгочной стационар и провести специальные методы исследования.

3. Бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.

4. .Бронхитическая.

5. В её основе лежит санация бронхиального дерева. С этой целью используют внутритрахеальные введения антисептических растворов в поликлинике повторными курсами (10-12 промываний каждые 3-4 месяца). Своевременно лечить острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания. Вероятность обострения воспалительного процесса в бронхах тем меньше, чем выше сопротивляемость организма к инфекции. Повышают сопротивляемость организма соблюдением гигиенического режима, дыхательной гимнастикой, закаливанием организма, полноценным питанием с повышенным содержанием животных белков и витаминов, санацией очагов воспаления.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Диагноз: Ателектаз легкого.

2.Обзорная рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, при необходимости рентгеноскопия, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на кислотно-щелочное состояние, биохимический анализ крови.

3. Госпитализация в хирургический стационар, проведение санационной бронхоскопии.

4. Консервативная терапия, включающая ингаляции, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.

5. Рестриктивная форма дыхательной недостаточности развивается вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких при их сдавлении, обусловленном пневмо- и гидротораксом, обширным ателектазом, буллезной эмфиземой. В механизме патофизиологических сдвигов помимо нарушений газообмена, связанных с уменьшением активной вентиляционной поверхности легких, большое значение имеет патологическое шунтирование венозной крови через невентилируемые участки легких. Клинические проявления соответствуют компенсированной либо декомпенсированной формам острой дыхательной недостаточности с типичной симптоматикой нарушения газообмена. Больного госпитализируют в профильное отделение (при гидро- или пневмотораксе – в хирургическое). Следует учитывать, что при проведении ИВЛ велика опасность развития напряженного пневмоторакса, смещения органов средостения и остановки сердца, поэтому ИВЛ у таких пациентов является методом повышенного риска.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у ребенка с БЭБ.
2. Пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки.
3. Определение наличия выпота в плевральной полости.
4. Диагностика наличия пневмоторакса.
5. Обследование сердечно-сосудистуй системы: частота пульса, артериальное давление.
6. Методика бронхоскопии и бронхографии.
7. Плевральная пункция
8. Дренирование плевральной полости

**1.Тема: «Бронхоэктатическая болезнь у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Рентгенологическая картина БЭБ

2. Томографическая картина при БЭБ.

3..Дифференциальная диагностика БЭБ

4..Методика бронхоскопии.

5.Методика бронхографии.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ БРОНХОЭКТАЗЫ:

а) односторонние, двусторонние

б) эмфизематозные, ателектатические

в) мешотчатые, кистовидные

г) цилиндрические, локальные

д) кистовидные, двусторонние

2.ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

а) ателектаз легкого

б) кровотечение

в) несостоятельность швов бронха

г) нагноение

д) некроз кожного лоскута

3.В КАКОЕ ВРЕМЯ СУТОК БОЛЬШЕ ВСЕГО БОЛЬНОЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫДЕЛЯЕТ ГНОЙНУЮ МОКРОТУ

а) ночью

б) днем

в) утром

г) вечером

д) не зависит от времени суток

4.КАКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕ ВЛИЯЮТ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ

а) врожденные пороки развития и аномалии бронхиального дерева

б) рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких

в) детские инфекционные заболевания, туберкулез

г) инородные тела трахеобронхиального дерева

д) пороки развития костно-суставной системы

5.ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

а) бледность кожи

б) цианотичный оттенок

в) одышка

г) петехиальная сыпь

д) деформация пальцев («барабанные палочки», «часовые стекла»)

6.ПРИ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗАХ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ:

а) цилиндрические

б) мешотчатые

в) кистовидные

г) правильно все

д) все неверно

7.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ:

а) курортно-санаторное

б) консервативное лечение в стационаре

в) дренирование плевральной полости

г) резекция пораженных участков легкого

д) гормонотерапия

8.ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОБУСЛОВЛЕНЫ:

а) повышением давления в аорте

б) повышением давления в легочной артерии

в) увеличением воздушности легких

г) пороком сердца

д) синдром «верхней полой вены»

9.В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЮТ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ

а) в грудном возрасте

б) до 5 лет

в) до 15 лет

г) старше 15 лет

д) в любом возрасте одинаково

10.К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

а) рентгенография грудной клетки

б) УЗИ

в) бронхоскопия

г) бронхография

д) исследование функции внешнего дыхания

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1.а

2.д

3.в

4.д

5.г

6.г

7.г

8.б

9.б

10.б

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

На приеме у детского хирурга мальчик 12 лет с жалобами на деформацию грудной клетки, частые простудные заболевания, слабость, одышку, чувство дискомфорта в области сердца. Со слов, деформация замечена с 6 лет, которая постепенно увеличивается. В последние 2 года заметил, что на занятиях физкультурой нормативы упражнений им выполняются с трудом, появляются одышка и учащение сердцебиения. В школе занимается удовлетворительно.

Объективно. Состояние ребенка средней степени тяжести, при осмотре в контакт вступает неохотно, раздражителен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. mт=30 кг, lт=155 см.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 85 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на уровне левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VII ребер и н/3 грудины западают, грудина деформирована по типу «седла», наклон ребер и межреберные промежутки одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

На выполненной спирометрии: VC = 60%, FEV1,0 = 65%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика у данного больного.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №2**

На приеме у детского хирурга девочка 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов, деформация замечена с 11 лет, которая постепенно увеличивается. Простудными заболеваниями болеет редко. У родственников деформации конечностей и грудной клетки нет. В школе занимается хорошо.

Объективно. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Телосложение астеническое.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 80 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VI ребер и с/3 грудины выпячиваются вперед, наклон ребер снижен, межреберные промежутки широкие, одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Показания к оперативному лечению.

4. Лечебная тактика у данного больного?

5. Послеоперационная реабилитация данного больного.

**Задача №3**

На приеме у детского хирурга в поликлинике мальчик 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов матери, деформация замечена с 9-летнего возраста. Задержки физического развития не отмечается. С возрастом деформация прогрессирует.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, телосложение правильное, mТ=40 кг, lT=152 см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 19 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет, ЧСС 82 уд. в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Локально: хрящевые отделы III-VI ребер слева и н/3 грудины западают, наклон ребер выражен больше справа, межреберные промежутки расширены . Экскурсия грудной клетки снижена, больше слева.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение показано данному ребенку?

4. Относительные показания к хирургическому лечению.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №4**

В последние два месяца ребёнок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, одутловатость правой половины лица, усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше - с правой стороны. Аускультативно со стороны лёгких, сердца - без особенностей.

Рентгенологически: в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны определяется интенсивная, гомогенная, неправильно-овальной формы, с ровными наружными контурами тень опухолевидного образования. Сердце и лёгкие - без патологии.

В общем анализе крови: НЬ-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/час, других изменений нет.

Ребенок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Как следует трактовать одутловатость лица и усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса?

3. Составьте алгоритм обследования.

4. Какой должна быть тактика лечения?

5. Объём операции

**Задача №5**

У ребёнка 2-х лет отмечено снижение аппетита, вялость, похудание, бледность кожных покровов, периодические боли в животе. Давность заболевания составляет 2-3 месяца.

При осмотре, кроме указанных признаков, отмечается увеличение размеров живота и венозный рисунок на коже брюшной стенки. При пальпации определяется опухолевидное образование в левой половине живота размерами 8×10 см, плотноэластической консистенции, с крупнобугристой поверхностью.

Задания:

1. Составьте алгоритм обследования больного для уточнения диагноза.

2. Каких изменений можно ожидать в OAK?

3. Поставьте предположительный диагноз с указанием стадии процесса.

4. Какие результаты дополнительных методов исследования подтвердят Ваши предположения?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче № 1**

Бронхоэктатическая болезнь.

Госпитализировать в легочной стационар и провести специальные методы исследования (бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.). Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Предполагается бронхоэктатическая болезнь. Провести спец. Методы исследования (бронхоскопия, бронхография, функция внешнего дыхания, анализы крови и др.).

Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 3**

Госпитализировать в легочный стационар. Сделать рентгенографию, бронхоскопию, бронхографию, функцию внешнего дыхания, анализы крови. Предполагается бронхоэктатическая болезнь.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Диагноз: Бронхоэктатическая болезнь.

2. Госпитализировать в лёгочной стационар и провести специальные методы исследования.

3. Бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.

4. .Бронхитическая.

5. В её основе лежит санация бронхиального дерева. С этой целью используют внутритрахеальные введения антисептических растворов в поликлинике повторными курсами (10-12 промываний каждые 3-4 месяца). Своевременно лечить острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания. Вероятность обострения воспалительного процесса в бронхах тем меньше, чем выше сопротивляемость организма к инфекции. Повышают сопротивляемость организма соблюдением гигиенического режима, дыхательной гимнастикой, закаливанием организма, полноценным питанием с повышенным содержанием животных белков и витаминов, санацией очагов воспаления.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Диагноз: Ателектаз легкого.

2.Обзорная рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, при необходимости рентгеноскопия, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на кислотно-щелочное состояние, биохимический анализ крови.

3. Госпитализация в хирургический стационар, проведение санационной бронхоскопии.

4. Консервативная терапия, включающая ингаляции, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.

5. Рестриктивная форма дыхательной недостаточности развивается вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких при их сдавлении, обусловленном пневмо- и гидротораксом, обширным ателектазом, буллезной эмфиземой. В механизме патофизиологических сдвигов помимо нарушений газообмена, связанных с уменьшением активной вентиляционной поверхности легких, большое значение имеет патологическое шунтирование венозной крови через невентилируемые участки легких. Клинические проявления соответствуют компенсированной либо декомпенсированной формам острой дыхательной недостаточности с типичной симптоматикой нарушения газообмена. Больного госпитализируют в профильное отделение (при гидро- или пневмотораксе – в хирургическое). Следует учитывать, что при проведении ИВЛ велика опасность развития напряженного пневмоторакса, смещения органов средостения и остановки сердца, поэтому ИВЛ у таких пациентов является методом повышенного риска.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у ребенка с БЭБ.
2. Пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки.
3. Определение наличия выпота в плевральной полости.
4. Диагностика наличия пневмоторакса.
5. Обследование сердечно-сосудистуй системы: частота пульса, артериальное давление.
6. Методика бронхоскопии и бронхографии.
7. Плевральная пункция
8. Дренирование плевральной полости

**1.Тема: Бронхоэктатическая болезнь у детей. Лечение БЭБ: консервативное, оперативное».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Общие принципы лечения БЭБ.

2. Показания, противопоказания к кончервативному лечению

3.Показания, противопоказания к оперативному лечению.

4.Непосредственные и отдаленные результаты лечения БЭБ.

5.Осложнения, их профилактика, лечение.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. БРОНХОЭКТАЗЫ ПО ФОРМЕ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ НА

1. мешотчатые, кистовидные, цилиндрические
2. приобретенные, врожденные
3. дизонтогенетические, цилиндрические
4. односторонние, двухсторонние
5. дизонтогенетические, кистовидные

2. РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. удаление сегмента или доли легкого
2. окклюзия бронха
3. дренирование плевральной полости
4. плевральная пункция
5. введение в плевральную полость ферментов

3. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХОЭКТАЗЫ РАЗДЕЛЯЮТ НА

1. односторонние, двусторонние
2. эмфизематозные, ателектатические
3. мешотчатые, кистовидные
4. цилиндрические, локальные
5. кистовидные, двусторонние

4. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. некроз кожного лоскута
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. острая кишечная непроходимость
4. муковисцидоз
5. ателектаз легкого, несостоятельность швов бронха

5. В НАИБОЛЬШЕЕ ОТХОЖДЕНИЕ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОИСХОДИТ

1. ночью
2. днем
3. утром
4. вечером
5. не зависит от времени суток

6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ

1. курортно-санаторное
2. консервативное лечение в стационаре
3. дренирование плевральной полости
4. резекция пораженных участков легкого
5. гормонотерапия

7. НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЛИЯЮТ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

1. нарушение приема витамина D
2. частые аденоидиты
3. длительный прием антибиотиков
4. пороки развития костно-суставной системы
5. рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких

8. НА СОЧЕТАННУЮ ПАТОЛОГИЮ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЕТ

1. отхождение мокроты по утрам
2. цианотичный оттенок кожных покровов и слизистых
3. одышка
4. петехиальная сыпь
5. деформация пальцев («барабанные палочки», «часовые стекла»)

9. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ ВКЛЮЧАЕТ ФОРМЫ

1. цилиндрические, шаровидные, мешотчатые
2. кистовидные, грибовидные, мешотчатые
3. кистовидные, цилиндрические, грибовидные
4. цилиндрические, кистовидные, мешотчатые
5. мешотчатые, цилиндрические, грибовидные

10. НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ВЛИЯЕТ

1. дизонтогенетический фактор
2. опухоли средостения
3. воздушно-капельные инфекции
4. инородные тела
5. туберкулез легких

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 5
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 4
7. 3
8. 3
9. 2
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

На приеме у детского хирурга мальчик 12 лет с жалобами на деформацию грудной клетки, частые простудные заболевания, слабость, одышку, чувство дискомфорта в области сердца. Со слов, деформация замечена с 6 лет, которая постепенно увеличивается. В последние 2 года заметил, что на занятиях физкультурой нормативы упражнений им выполняются с трудом, появляются одышка и учащение сердцебиения. В школе занимается удовлетворительно.

Объективно. Состояние ребенка средней степени тяжести, при осмотре в контакт вступает неохотно, раздражителен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. mт=30 кг, lт=155 см.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 85 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на уровне левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VII ребер и н/3 грудины западают, грудина деформирована по типу «седла», наклон ребер и межреберные промежутки одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

На выполненной спирометрии: VC = 60%, FEV1,0 = 65%.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените результаты спирометрии.

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика у данного больного.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №2**

На приеме у детского хирурга девочка 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов, деформация замечена с 11 лет, которая постепенно увеличивается. Простудными заболеваниями болеет редко. У родственников деформации конечностей и грудной клетки нет. В школе занимается хорошо.

Объективно. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Телосложение астеническое.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 80 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.

Местно. Хрящевые отделы IV-VI ребер и с/3 грудины выпячиваются вперед, наклон ребер снижен, межреберные промежутки широкие, одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Показания к оперативному лечению.

4. Лечебная тактика у данного больного?

5. Послеоперационная реабилитация данного больного.

**Задача №3**

На приеме у детского хирурга в поликлинике мальчик 13 лет с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов матери, деформация замечена с 9-летнего возраста. Задержки физического развития не отмечается. С возрастом деформация прогрессирует.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, телосложение правильное, mТ=40 кг, lT=152 см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 19 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет, ЧСС 82 уд. в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Локально: хрящевые отделы III-VI ребер слева и н/3 грудины западают, наклон ребер выражен больше справа, межреберные промежутки расширены . Экскурсия грудной клетки снижена, больше слева.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение показано данному ребенку?

4. Относительные показания к хирургическому лечению.

5. Послеоперационная реабилитация ЛФК.

**Задача №4**

В последние два месяца ребёнок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита.

Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, одутловатость правой половины лица, усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше - с правой стороны. Аускультативно со стороны лёгких, сердца - без особенностей.

Рентгенологически: в верхних отделах переднего средостения, больше с правой стороны определяется интенсивная, гомогенная, неправильно-овальной формы, с ровными наружными контурами тень опухолевидного образования. Сердце и лёгкие - без патологии.

В общем анализе крови: НЬ-96 г/л, эр.-2,2×1012/л, СОЭ-32 мм/час, других изменений нет.

Ребенок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Как следует трактовать одутловатость лица и усиленный венозный рисунок в области шеи и правого плечевого пояса?

3. Составьте алгоритм обследования.

4. Какой должна быть тактика лечения?

5. Объём операции?

**Задача №5**

У ребёнка 2-х лет отмечено снижение аппетита, вялость, похудание, бледность кожных покровов, периодические боли в животе. Давность заболевания составляет 2-3 месяца.

При осмотре, кроме указанных признаков, отмечается увеличение размеров живота и венозный рисунок на коже брюшной стенки. При пальпации определяется опухолевидное образование в левой половине живота размерами 8×10 см, плотноэластической консистенции, с крупнобугристой поверхностью.

Задания:

1. Составьте алгоритм обследования больного для уточнения диагноза.

2. Каких изменений можно ожидать в OAK?

3. Поставьте предположительный диагноз с указанием стадии процесса.

4. Какие результаты дополнительных методов исследования подтвердят Ваши предположения?

5. Определите лечебную тактику.

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче № 1**

Бронхоэктатическая болезнь.

Госпитализировать в легочной стационар и провести специальные методы исследования (бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.). Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Предполагается бронхоэктатическая болезнь. Провести спец. Методы исследования (бронхоскопия, бронхография, функция внешнего дыхания, анализы крови и др.).

Решать вопрос об операции.

**Эталон ответа к задаче № 3**

Госпитализировать в легочный стационар. Сделать рентгенографию, бронхоскопию, бронхографию, функцию внешнего дыхания, анализы крови. Предполагается бронхоэктатическая болезнь.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Диагноз: Бронхоэктатическая болезнь.

2. Госпитализировать в лёгочной стационар и провести специальные методы исследования.

3. Бронхоскопия, бронхография, анализы крови и др.

4. .Бронхитическая.

5. В её основе лежит санация бронхиального дерева. С этой целью используют внутритрахеальные введения антисептических растворов в поликлинике повторными курсами (10-12 промываний каждые 3-4 месяца). Своевременно лечить острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания. Вероятность обострения воспалительного процесса в бронхах тем меньше, чем выше сопротивляемость организма к инфекции. Повышают сопротивляемость организма соблюдением гигиенического режима, дыхательной гимнастикой, закаливанием организма, полноценным питанием с повышенным содержанием животных белков и витаминов, санацией очагов воспаления.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Диагноз: Ателектаз легкого.

2.Обзорная рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, при необходимости рентгеноскопия, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на кислотно-щелочное состояние, биохимический анализ крови.

3. Госпитализация в хирургический стационар, проведение санационной бронхоскопии.

4. Консервативная терапия, включающая ингаляции, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.

5. Рестриктивная форма дыхательной недостаточности развивается вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких при их сдавлении, обусловленном пневмо- и гидротораксом, обширным ателектазом, буллезной эмфиземой. В механизме патофизиологических сдвигов помимо нарушений газообмена, связанных с уменьшением активной вентиляционной поверхности легких, большое значение имеет патологическое шунтирование венозной крови через невентилируемые участки легких. Клинические проявления соответствуют компенсированной либо декомпенсированной формам острой дыхательной недостаточности с типичной симптоматикой нарушения газообмена. Больного госпитализируют в профильное отделение (при гидро- или пневмотораксе – в хирургическое). Следует учитывать, что при проведении ИВЛ велика опасность развития напряженного пневмоторакса, смещения органов средостения и остановки сердца, поэтому ИВЛ у таких пациентов является методом повышенного риска.

**6. Перечень практических умений**

1. Сбор анамнеза у ребенка с БЭБ.
2. Пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки.
3. Определение наличия выпота в плевральной полости.
4. Диагностика наличия пневмоторакса.
5. Обследование сердечно-сосудистуй системы: частота пульса, артериальное давление.
6. Методика бронхоскопии и бронхографии.
7. Плевральная пункция
8. Дренирование плевральной полости

**1.Тема: «Химические ожоги. Этиология, патогенез, классификация»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Анатомо-физиологические особенности пищевода
2. Этиология
3. Патогенез
4. Классификация
5. Патанатомические изменения при химических ожогах кислотами
6. Патанатомические изменения при химических ожогах щелочами

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

а) 1-3 года

б) 4-6 лет

в) 7-10 лет

г) 11-12 лет

д) 13-15 лет

2. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА

а) 5-6 день

б) через 2 недели

в) через 3 недели

г) через месяц

д) через 1 год

3. НА 6-ОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ОПРЕДЕЛИЛИ ГИПЕРЕМИЮ, ОТЕК, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ:

а) продолжать симптоматическое лечение в стационаре

б) выписать под наблюдение

в) бужирование пищевода

г) гастростомия

д) эзофагостомия

4. У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

а) гастростомию

б) бужирование

в) физиолечение

г) продолжить консервативное лечение

д) наблюдение в стационаре

5. ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ

а) водой

б) молоком

в) 0,1% раствором соляной кислоты

г) 4% раствором соды

6. ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ

а) водой

б) молоком

в) 4% р-ром соды

г) 0,1% р-ром соляной кислоты

д) 2% р-ром соды

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ОЖОГАХ III СТЕПЕНИ

а) 1 месяц

б) 3 месяца

в) 6 месяцев

г) 1 год

д) 2 года и более

8. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА II СТЕПЕНИ РЕБЕНКА НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИ. КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ

а) выздоровление

б) умеренное сужение пищевода

в) выраженное сужение пищевода

г) язва ДПК

д) медиастинит

9. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ (ПЕРВИЧНЫМ) СИМПТОМОМ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА

а) боль во рту, глотке

б) рвота

в) гиперемия, отек слизистой рта

г) следы ожога губ, кожи лица

д) гипотрофия

10. ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНЫ ЯЗВЫ, ГРАНУЛЯЦИИ, ОТЕК, СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОЖОГА

а) ожог легкой степени

б) ожог средней степени

в) ожог тяжелой степени

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. а
2. а
3. в
4. б
5. г
6. г
7. д
8. в
9. д
10. в

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 4 лет поступил в хирургический стационар на 6-й день после химического ожога уксусной эссенцией.

Объективно: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, аускультативно прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧДД 25 в минуту, пульс 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При эзофагоскопии определили гиперемию, отек, наложения фибрина.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Опишите периоды клинического течения данной патологии.

4. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №2**

Ребенок 5 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на затрудненное глотание при приеме густой пищи, похудание. Месяц тому назад случайно выпил уксусную эссенцию. Были сильные боли во рту. Дома дали выпить молоко, воду и через 30 минут доставили в ЦРБ, где с помощью зонда промыли желудок и отправили домой.

В первые двое суток ребенок отмечал боли при глотании, принимал осторожно жидкую пищу. Затем боли постепенно исчезли и ребенок стал принимать общую пищу. Через 3 недели заметили затрудненное глотание, обильную саливацию. Стал принимать пищу медленно, хотя аппетит сохранялся. В последующее время предпочитал жидкую пищу. Похудел. Стул 1 раз в 2-3 дня. Диурез уменьшился.

Объективно: пониженного питания, бледноватый, язык умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезнен.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Ранняя профилактика стеноза пищевода.

**Задача №3**

Девочка 4-х лет переведена из соматического стационара, где лечилась по поводу отравления уксусной эссенцией. Похудела. Бужирование не проводилось, принимает лишь жидкую пищу. При диагностической эзофагоскопии выявили в верхне-грудном отделе пищевода отек слизистой, язвы, грануляции, сужение просвета.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Ваша диагностическая тактика?

3.Какое лечение показано данному ребенку?

4. Профилактика данного осложнения.

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №4**

В хирургический стационар доставлена девочка 4-х лет со свежим химическим ожогом пищевода (со слов мамы раствор уксусной эссенции только лишь попал в рот). Ребенку было сделано промывание желудка.

Отмечается выраженный ожог входа в гортань, осиплость голоса, втяжение межреберных промежутков.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Алгоритм действий в данной ситуации.

3. Какое лечение показано в данной ситуации?

4. Ранние осложнения химического ожога пищевода.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Задача №5**

Ребёнок 3-х лет случайно выпил уксусную эссенцию 15 минут назад. Вызвана скорая помощь. Ведёт себя беспокойно Следы ожога на губах, слизистой рта. Отказывается принимать жидкость. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧД до 20 в минуту. Пульс до 110 в минуту Живот при пальпации безболезненный.

Задания:

1. Предположительный диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Степени поражения при данной патологии.

4. Ранняя профилактика стеноза в поликлинике.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода 2 - 3-й степени.

2. Консервативное лечение в условиях стационара. Раннее бужирование.

3. В клиническом течении заболевания различают три периода: первый период характеризуется острыми явлениями воспаления слизистой рта, глотки и пищевода, причём в ближайшие часы отёк и боли нарастают, ребёнок отказывается от еды, наблюдается высокая температура. Такая картина нередко продолжается до 10 дней, а затем состояние улучшается,

исчезают боли, уменьшается отёк, нормализуется температура,

восстанавливается проходимость пищевода и дети начинают есть любую

пищу. Острая стадия постепенно переходит во второй, бессимптомный, период. Кажущееся благополучие продолжается иногда до 4 недель. Этот период некоторые авторы называют периодом внешнего благополучия. Через 3-6 недель после ожога наступает третий период - рубцевание. Он характеризуется постепенным нарастанием явлений непроходимости; у детей возникает рвота, присоединяются загрудинные боли.

4. К абсолютным противопоказаниям для бужирования рубцового стеноза пищевода является:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Формирующийся рубцовый стеноз пищевода (РСП) на почве ХОП.

2. Специальное обследование (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, эзофагоскопия). Биохимические и клинические анализы крови. Консервативное лечение (в первую очередь — бужирование пищевода).

3. К абсолютным противопоказаниям для бужирования РСП следует отнести:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорацию пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

4. Показания к оперативному лечению:

- полная облитерация просвета пищевода;

- неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру;

- рецидив стриктуры после бужирования;

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода при бужировании;

- срок более двух лет с момента ожога.

5. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Химический ожог пищевода 3-й степени.

2. Дополнительные методы исследования (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка), лабораторные методы исследования (развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи).

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Химический ожог полости рта, пищевода, гортани.

2. Госпитализировать в хирургический стационар. Оказание помощи:

-сделать ларингоскопию и назотрахеальную интубацию,

- провести диагностическую эзофагоскопию.

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При тяжелых отравлениях едкими веществами больные умирают вследствие интоксикации, шока, развития гнойных осложнений (медиастенит, абсцесс и гангрена легкого, плеврит). Из осложнений могут наблюдаться тяжелые пищеводные кровотечения, перфорации пищевода, развиваться пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №5**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода.

2. Ввести в желудок зонд для удаления оставшегося яда и промывания. Промывание водой, молоком. Дача обезболивающих средств. Направление в стационар. Проведение инфузионной терапии. Ранняя эзофагоскопия (через 5-6 дней).

3. Различают три степени ожога пищевода: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

Лёгкая степень характеризуется повреждением слизистой типа десквамативного эзофагита с гиперемией, отёком и участками поверхностных некрозов. Стихание воспалительного процесса и эпителизация наступают в течение 7-10 дней; образующиеся рубцы поверхностные, эластичные, не суживают просвет пищевода и не влияют на его функцию.

При средней степени поражения более глубокие. Некроз распространяется на все слои органа, это сопровождается выраженной реакцией клетчатки заднего средостения. Через 3-6 нед по мере отторжения некротических масс раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем рубцуется. Глубина и распространённость рубцовых изменений зависят от тяжести поражения стенки пищевода.

При тяжёлой степени наблюдаются глубокие обширные повреждения пищевода на всю глубину.

4. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Интерпретация общеклинических анализов крови, мочи, кала
3. Интерпретация биохимических анализов крови
4. Перкуссия, аускультация, пальпация грудной клетки
5. Бронхоскопия
6. Бужирование пищевода
7. Наложение гастростомы по Витцелю

**1.Тема: «Химические ожоги. Клиническая картина. Оценка глубины поражения».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1..Клинические проявления при ожоге пищевода I степени

2. Клинические проявления при ожоге пищевода II степени

3. Клинические проявления при ожоге пищевода III степени

4. .Клинические изменения при химических ожогах кислотами

5. Клинические изменения при химических ожогах щелочами

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

2. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 4% раствором соды
4. 0,1% раствором соляной кислоты
5. 5% раствором глюкозы

3. ПРИ ПОЗДНЕМ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ БУЖИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. 1 месяц
2. 6 месяцев
3. 7-8 недель
4. через год
5. 2-6 недель

4. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

5. У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. гастростомию
2. бужирование
3. физиолечение
4. продолжить консервативное лечение
5. наблюдение в стационаре

6. ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТ

1. на 5-6 день
2. через 2 недели
3. через 3 недели
4. через месяц
5. через 1 год

7. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 1-3 лет
2. 4-6 лет
3. 7-10 лет
4. 11-12 лет
5. 13-15 лет

8. СТЕПЕНЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ЯЗВАМИ, ГРАНУЛЯЦИЯМИ, ОТЕКОМ, СУЖЕНИЕМ ПРОСВЕТА

1. ожог I степени
2. ожог II степени
3. ожог III степени
4. ожог IV степени
5. ожог V степени

9. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

10. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 2
2. 3
3. 5
4. 5
5. 4
6. 1
7. 3
8. 3
9. 3
10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 4 лет поступил в хирургический стационар на 6-й день после химического ожога уксусной эссенцией.

Объективно: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, аускультативно прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧДД 25 в минуту, пульс 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При эзофагоскопии определили гиперемию, отек, наложения фибрина.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Опишите периоды клинического течения данной патологии.

4. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №2**

Ребенок 5 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на затрудненное глотание при приеме густой пищи, похудание. Месяц тому назад случайно выпил уксусную эссенцию. Были сильные боли во рту. Дома дали выпить молоко, воду и через 30 минут доставили в ЦРБ, где с помощью зонда промыли желудок и отправили домой.

В первые двое суток ребенок отмечал боли при глотании, принимал осторожно жидкую пищу. Затем боли постепенно исчезли и ребенок стал принимать общую пищу. Через 3 недели заметили затрудненное глотание, обильную саливацию. Стал принимать пищу медленно, хотя аппетит сохранялся. В последующее время предпочитал жидкую пищу. Похудел. Стул 1 раз в 2-3 дня. Диурез уменьшился.

Объективно: пониженного питания, бледноватый, язык умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезнен.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Ранняя профилактика стеноза пищевода.

**Задача №3**

Девочка 4-х лет переведена из соматического стационара, где лечилась по поводу отравления уксусной эссенцией. Похудела. Бужирование не проводилось, принимает лишь жидкую пищу. При диагностической эзофагоскопии выявили в верхне-грудном отделе пищевода отек слизистой, язвы, грануляции, сужение просвета.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Ваша диагностическая тактика?

3.Какое лечение показано данному ребенку?

4. Профилактика данного осложнения.

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №4**

В хирургический стационар доставлена девочка 4-х лет со свежим химическим ожогом пищевода (со слов мамы раствор уксусной эссенции только лишь попал в рот). Ребенку было сделано промывание желудка.

Отмечается выраженный ожог входа в гортань, осиплость голоса, втяжение межреберных промежутков.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Алгоритм действий в данной ситуации.

3. Какое лечение показано в данной ситуации?

4. Ранние осложнения химического ожога пищевода.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Задача №5**

Ребёнок 3-х лет случайно выпил уксусную эссенцию 15 минут назад. Вызвана скорая помощь. Ведёт себя беспокойно Следы ожога на губах, слизистой рта. Отказывается принимать жидкость. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧД до 20 в минуту. Пульс до 110 в минуту Живот при пальпации безболезненный.

Задания:

1. Предположительный диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Степени поражения при данной патологии.

4. Ранняя профилактика стеноза в поликлинике.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода 2 - 3-й степени.

2. Консервативное лечение в условиях стационара. Раннее бужирование.

3. В клиническом течении заболевания различают три периода: первый период характеризуется острыми явлениями воспаления слизистой рта, глотки и пищевода, причём в ближайшие часы отёк и боли нарастают, ребёнок отказывается от еды, наблюдается высокая температура. Такая картина нередко продолжается до 10 дней, а затем состояние улучшается,

исчезают боли, уменьшается отёк, нормализуется температура,

восстанавливается проходимость пищевода и дети начинают есть любую

пищу. Острая стадия постепенно переходит во второй, бессимптомный, период. Кажущееся благополучие продолжается иногда до 4 недель. Этот период некоторые авторы называют периодом внешнего благополучия. Через 3-6 недель после ожога наступает третий период - рубцевание. Он характеризуется постепенным нарастанием явлений непроходимости; у детей возникает рвота, присоединяются загрудинные боли.

4. К абсолютным противопоказаниям для бужирования рубцового стеноза пищевода является:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Формирующийся рубцовый стеноз пищевода (РСП) на почве ХОП.

2. Специальное обследование (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, эзофагоскопия). Биохимические и клинические анализы крови. Консервативное лечение (в первую очередь — бужирование пищевода).

3. К абсолютным противопоказаниям для бужирования РСП следует отнести:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорацию пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

4. Показания к оперативному лечению:

- полная облитерация просвета пищевода;

- неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру;

- рецидив стриктуры после бужирования;

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода при бужировании;

- срок более двух лет с момента ожога.

5. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Химический ожог пищевода 3-й степени.

2. Дополнительные методы исследования (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка), лабораторные методы исследования (развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи).

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Химический ожог полости рта, пищевода, гортани.

2. Госпитализировать в хирургический стационар. Оказание помощи:

-сделать ларингоскопию и назотрахеальную интубацию,

- провести диагностическую эзофагоскопию.

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При тяжелых отравлениях едкими веществами больные умирают вследствие интоксикации, шока, развития гнойных осложнений (медиастенит, абсцесс и гангрена легкого, плеврит). Из осложнений могут наблюдаться тяжелые пищеводные кровотечения, перфорации пищевода, развиваться пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №5**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода.

2. Ввести в желудок зонд для удаления оставшегося яда и промывания. Промывание водой, молоком. Дача обезболивающих средств. Направление в стационар. Проведение инфузионной терапии. Ранняя эзофагоскопия (через 5-6 дней).

3. Различают три степени ожога пищевода: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

Лёгкая степень характеризуется повреждением слизистой типа десквамативного эзофагита с гиперемией, отёком и участками поверхностных некрозов. Стихание воспалительного процесса и эпителизация наступают в течение 7-10 дней; образующиеся рубцы поверхностные, эластичные, не суживают просвет пищевода и не влияют на его функцию.

При средней степени поражения более глубокие. Некроз распространяется на все слои органа, это сопровождается выраженной реакцией клетчатки заднего средостения. Через 3-6 нед по мере отторжения некротических масс раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем рубцуется. Глубина и распространённость рубцовых изменений зависят от тяжести поражения стенки пищевода.

При тяжёлой степени наблюдаются глубокие обширные повреждения пищевода на всю глубину.

4. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Интерпретация общеклинических анализов крови, мочи, кала
3. Интерпретация биохимических анализов крови
4. Перкуссия, аускультация, пальпация грудной клетки
5. Бронхоскопия
6. Бужирование пищевода
7. Наложение гастростомы по Витцелю

**1.Тема: «Химические ожоги. Диагностика, дифференциальная диагностика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Методы исследования

2.Показания к эзофагоскопии

3. Признаки химического ожога пищевода при эзофагоскопии

4. .Показания к рентгенологическому исследовании.

5.Степени химических ожогов в зависимрсти от глубины поражения стенки пищевода.

.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

2. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 4% раствором соды
4. 0,1% раствором соляной кислоты
5. 5% раствором глюкозы

3. ПРИ ПОЗДНЕМ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ БУЖИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. 1 месяц
2. 6 месяцев
3. 7-8 недель
4. через год
5. 2-6 недель

4. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

5. У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. гастростомию
2. бужирование
3. физиолечение
4. продолжить консервативное лечение
5. наблюдение в стационаре

6. ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТ

1. на 5-6 день
2. через 2 недели
3. через 3 недели
4. через месяц
5. через 1 год

7. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 1-3 лет
2. 4-6 лет
3. 7-10 лет
4. 11-12 лет
5. 13-15 лет

8. СТЕПЕНЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ЯЗВАМИ, ГРАНУЛЯЦИЯМИ, ОТЕКОМ, СУЖЕНИЕМ ПРОСВЕТА

1. ожог I степени
2. ожог II степени
3. ожог III степени
4. ожог IV степени
5. ожог V степени

9. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

10. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 2
2. 3
3. 5
4. 5
5. 4
6. 1
7. 3
8. 3
9. 3
10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 4 лет поступил в хирургический стационар на 6-й день после химического ожога уксусной эссенцией.

Объективно: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, аускультативно прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧДД 25 в минуту, пульс 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При эзофагоскопии определили гиперемию, отек, наложения фибрина.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Опишите периоды клинического течения данной патологии.

4. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №2**

Ребенок 5 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на затрудненное глотание при приеме густой пищи, похудание. Месяц тому назад случайно выпил уксусную эссенцию. Были сильные боли во рту. Дома дали выпить молоко, воду и через 30 минут доставили в ЦРБ, где с помощью зонда промыли желудок и отправили домой.

В первые двое суток ребенок отмечал боли при глотании, принимал осторожно жидкую пищу. Затем боли постепенно исчезли и ребенок стал принимать общую пищу. Через 3 недели заметили затрудненное глотание, обильную саливацию. Стал принимать пищу медленно, хотя аппетит сохранялся. В последующее время предпочитал жидкую пищу. Похудел. Стул 1 раз в 2-3 дня. Диурез уменьшился.

Объективно: пониженного питания, бледноватый, язык умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезнен.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Ранняя профилактика стеноза пищевода.

**Задача №3**

Девочка 4-х лет переведена из соматического стационара, где лечилась по поводу отравления уксусной эссенцией. Похудела. Бужирование не проводилось, принимает лишь жидкую пищу. При диагностической эзофагоскопии выявили в верхне-грудном отделе пищевода отек слизистой, язвы, грануляции, сужение просвета.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Ваша диагностическая тактика?

3.Какое лечение показано данному ребенку?

4. Профилактика данного осложнения.

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №4**

В хирургический стационар доставлена девочка 4-х лет со свежим химическим ожогом пищевода (со слов мамы раствор уксусной эссенции только лишь попал в рот). Ребенку было сделано промывание желудка.

Отмечается выраженный ожог входа в гортань, осиплость голоса, втяжение межреберных промежутков.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Алгоритм действий в данной ситуации.

3. Какое лечение показано в данной ситуации?

4. Ранние осложнения химического ожога пищевода.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Задача №5**

Ребёнок 3-х лет случайно выпил уксусную эссенцию 15 минут назад. Вызвана скорая помощь. Ведёт себя беспокойно Следы ожога на губах, слизистой рта. Отказывается принимать жидкость. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧД до 20 в минуту. Пульс до 110 в минуту Живот при пальпации безболезненный.

Задания:

1. Предположительный диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Степени поражения при данной патологии.

4. Ранняя профилактика стеноза в поликлинике.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода 2 - 3-й степени.

2. Консервативное лечение в условиях стационара. Раннее бужирование.

3. В клиническом течении заболевания различают три периода: первый период характеризуется острыми явлениями воспаления слизистой рта, глотки и пищевода, причём в ближайшие часы отёк и боли нарастают, ребёнок отказывается от еды, наблюдается высокая температура. Такая картина нередко продолжается до 10 дней, а затем состояние улучшается,

исчезают боли, уменьшается отёк, нормализуется температура,

восстанавливается проходимость пищевода и дети начинают есть любую

пищу. Острая стадия постепенно переходит во второй, бессимптомный, период. Кажущееся благополучие продолжается иногда до 4 недель. Этот период некоторые авторы называют периодом внешнего благополучия. Через 3-6 недель после ожога наступает третий период - рубцевание. Он характеризуется постепенным нарастанием явлений непроходимости; у детей возникает рвота, присоединяются загрудинные боли.

4. К абсолютным противопоказаниям для бужирования рубцового стеноза пищевода является:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Формирующийся рубцовый стеноз пищевода (РСП) на почве ХОП.

2. Специальное обследование (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, эзофагоскопия). Биохимические и клинические анализы крови. Консервативное лечение (в первую очередь — бужирование пищевода).

3. К абсолютным противопоказаниям для бужирования РСП следует отнести:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорацию пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

4. Показания к оперативному лечению:

- полная облитерация просвета пищевода;

- неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру;

- рецидив стриктуры после бужирования;

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода при бужировании;

- срок более двух лет с момента ожога.

5. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Химический ожог пищевода 3-й степени.

2. Дополнительные методы исследования (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка), лабораторные методы исследования (развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи).

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Химический ожог полости рта, пищевода, гортани.

2. Госпитализировать в хирургический стационар. Оказание помощи:

-сделать ларингоскопию и назотрахеальную интубацию,

- провести диагностическую эзофагоскопию.

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При тяжелых отравлениях едкими веществами больные умирают вследствие интоксикации, шока, развития гнойных осложнений (медиастенит, абсцесс и гангрена легкого, плеврит). Из осложнений могут наблюдаться тяжелые пищеводные кровотечения, перфорации пищевода, развиваться пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №5**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода.

2. Ввести в желудок зонд для удаления оставшегося яда и промывания. Промывание водой, молоком. Дача обезболивающих средств. Направление в стационар. Проведение инфузионной терапии. Ранняя эзофагоскопия (через 5-6 дней).

3. Различают три степени ожога пищевода: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

Лёгкая степень характеризуется повреждением слизистой типа десквамативного эзофагита с гиперемией, отёком и участками поверхностных некрозов. Стихание воспалительного процесса и эпителизация наступают в течение 7-10 дней; образующиеся рубцы поверхностные, эластичные, не суживают просвет пищевода и не влияют на его функцию.

При средней степени поражения более глубокие. Некроз распространяется на все слои органа, это сопровождается выраженной реакцией клетчатки заднего средостения. Через 3-6 нед по мере отторжения некротических масс раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем рубцуется. Глубина и распространённость рубцовых изменений зависят от тяжести поражения стенки пищевода.

При тяжёлой степени наблюдаются глубокие обширные повреждения пищевода на всю глубину.

4. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Интерпретация общеклинических анализов крови, мочи, кала
3. Интерпретация биохимических анализов крови
4. Перкуссия, аускультация, пальпация грудной клетки
5. Бронхоскопия
6. Бужирование пищевода
7. Наложение гастростомы по Витцелю

**1.Тема: «Химические ожоги. Первая помощь. Консервативное и оперативное лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Показания к консервативному лечению

2. Медикаментозная терапия

3.Показания к оперативному лечению

4. Методы оперативных вмешательств

5.Осложнения химических ожогов пищевода, исходы

6.Диспансеризация и реабилитация больных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

2. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 4% раствором соды
4. 0,1% раствором соляной кислоты
5. 5% раствором глюкозы

3. ПРИ ПОЗДНЕМ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ БУЖИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. 1 месяц
2. 6 месяцев
3. 7-8 недель
4. через год
5. 2-6 недель

4. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

5. У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. гастростомию
2. бужирование
3. физиолечение
4. продолжить консервативное лечение
5. наблюдение в стационаре

6. ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТ

1. на 5-6 день
2. через 2 недели
3. через 3 недели
4. через месяц
5. через 1 год

7. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 1-3 лет
2. 4-6 лет
3. 7-10 лет
4. 11-12 лет
5. 13-15 лет

8. СТЕПЕНЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ЯЗВАМИ, ГРАНУЛЯЦИЯМИ, ОТЕКОМ, СУЖЕНИЕМ ПРОСВЕТА

1. ожог I степени
2. ожог II степени
3. ожог III степени
4. ожог IV степени
5. ожог V степени

9. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

1. крепко заваренным чаем
2. слабым раствором перманганата калия
3. 0,1% раствором соляной кислоты
4. 4% раствором соды
5. 5% раствором глюкозы

10. ПРИОБРЕТЕННЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1. рентгенографии грудной клетки и придаточных полостей носа
2. бронхоскопии, бронхографии
3. ЭКГ
4. фиброэзофагоскопии
5. риноскопии

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 2
2. 3
3. 5
4. 5
5. 4
6. 1
7. 3
8. 3
9. 3
10. 3

**5. Ситуационные задачи по теме**

**Задача №1**

Ребенок 4 лет поступил в хирургический стационар на 6-й день после химического ожога уксусной эссенцией.

Объективно: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, аускультативно прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧДД 25 в минуту, пульс 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При эзофагоскопии определили гиперемию, отек, наложения фибрина.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Опишите периоды клинического течения данной патологии.

4. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №2**

Ребенок 5 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на затрудненное глотание при приеме густой пищи, похудание. Месяц тому назад случайно выпил уксусную эссенцию. Были сильные боли во рту. Дома дали выпить молоко, воду и через 30 минут доставили в ЦРБ, где с помощью зонда промыли желудок и отправили домой.

В первые двое суток ребенок отмечал боли при глотании, принимал осторожно жидкую пищу. Затем боли постепенно исчезли и ребенок стал принимать общую пищу. Через 3 недели заметили затрудненное глотание, обильную саливацию. Стал принимать пищу медленно, хотя аппетит сохранялся. В последующее время предпочитал жидкую пищу. Похудел. Стул 1 раз в 2-3 дня. Диурез уменьшился.

Объективно: пониженного питания, бледноватый, язык умеренно обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезнен.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Противопоказания для бужирования при данной патологии?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Ранняя профилактика стеноза пищевода.

**Задача №3**

Девочка 4-х лет переведена из соматического стационара, где лечилась по поводу отравления уксусной эссенцией. Похудела. Бужирование не проводилось, принимает лишь жидкую пищу. При диагностической эзофагоскопии выявили в верхне-грудном отделе пищевода отек слизистой, язвы, грануляции, сужение просвета.

Задания:

1.Ваш диагноз?

2.Ваша диагностическая тактика?

3.Какое лечение показано данному ребенку?

4. Профилактика данного осложнения.

5. Профилактика детского бытового травматизма.

**Задача №4**

В хирургический стационар доставлена девочка 4-х лет со свежим химическим ожогом пищевода (со слов мамы раствор уксусной эссенции только лишь попал в рот). Ребенку было сделано промывание желудка.

Отмечается выраженный ожог входа в гортань, осиплость голоса, втяжение межреберных промежутков.

Задания:

1. Ваш диагноз?

2. Алгоритм действий в данной ситуации.

3. Какое лечение показано в данной ситуации?

4. Ранние осложнения химического ожога пищевода.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Задача №5**

Ребёнок 3-х лет случайно выпил уксусную эссенцию 15 минут назад. Вызвана скорая помощь. Ведёт себя беспокойно Следы ожога на губах, слизистой рта. Отказывается принимать жидкость. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, прослушиваются единичные проводные влажные хрипы, ЧД до 20 в минуту. Пульс до 110 в минуту Живот при пальпации безболезненный.

Задания:

1. Предположительный диагноз?

2. Ваша дальнейшая тактика?

3. Степени поражения при данной патологии.

4. Ранняя профилактика стеноза в поликлинике.

5. Профилактика химического ожога пищевода у детей.

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода 2 - 3-й степени.

2. Консервативное лечение в условиях стационара. Раннее бужирование.

3. В клиническом течении заболевания различают три периода: первый период характеризуется острыми явлениями воспаления слизистой рта, глотки и пищевода, причём в ближайшие часы отёк и боли нарастают, ребёнок отказывается от еды, наблюдается высокая температура. Такая картина нередко продолжается до 10 дней, а затем состояние улучшается,

исчезают боли, уменьшается отёк, нормализуется температура,

восстанавливается проходимость пищевода и дети начинают есть любую

пищу. Острая стадия постепенно переходит во второй, бессимптомный, период. Кажущееся благополучие продолжается иногда до 4 недель. Этот период некоторые авторы называют периодом внешнего благополучия. Через 3-6 недель после ожога наступает третий период - рубцевание. Он характеризуется постепенным нарастанием явлений непроходимости; у детей возникает рвота, присоединяются загрудинные боли.

4. К абсолютным противопоказаниям для бужирования рубцового стеноза пищевода является:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Формирующийся рубцовый стеноз пищевода (РСП) на почве ХОП.

2. Специальное обследование (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, эзофагоскопия). Биохимические и клинические анализы крови. Консервативное лечение (в первую очередь — бужирование пищевода).

3. К абсолютным противопоказаниям для бужирования РСП следует отнести:

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорацию пищевода;

- тяжёлое септическое состояние;

- кровотечение.

4. Показания к оперативному лечению:

- полная облитерация просвета пищевода;

- неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру;

- рецидив стриктуры после бужирования;

- пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи;

- перфорация пищевода при бужировании;

- срок более двух лет с момента ожога.

5. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: Химический ожог пищевода 3-й степени.

2. Дополнительные методы исследования (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка), лабораторные методы исследования (развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи).

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №4:**

1. Диагноз: Химический ожог полости рта, пищевода, гортани.

2. Госпитализировать в хирургический стационар. Оказание помощи:

-сделать ларингоскопию и назотрахеальную интубацию,

- провести диагностическую эзофагоскопию.

3. Консервативное лечение, включающее бужирование пищевода.

4. При тяжелых отравлениях едкими веществами больные умирают вследствие интоксикации, шока, развития гнойных осложнений (медиастенит, абсцесс и гангрена легкого, плеврит). Из осложнений могут наблюдаться тяжелые пищеводные кровотечения, перфорации пищевода, развиваться пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в

правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**К задаче №5**

1. Диагноз:Химический ожог пищевода.

2. Ввести в желудок зонд для удаления оставшегося яда и промывания. Промывание водой, молоком. Дача обезболивающих средств. Направление в стационар. Проведение инфузионной терапии. Ранняя эзофагоскопия (через 5-6 дней).

3. Различают три степени ожога пищевода: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

Лёгкая степень характеризуется повреждением слизистой типа десквамативного эзофагита с гиперемией, отёком и участками поверхностных некрозов. Стихание воспалительного процесса и эпителизация наступают в течение 7-10 дней; образующиеся рубцы поверхностные, эластичные, не суживают просвет пищевода и не влияют на его функцию.

При средней степени поражения более глубокие. Некроз распространяется на все слои органа, это сопровождается выраженной реакцией клетчатки заднего средостения. Через 3-6 нед по мере отторжения некротических масс раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем рубцуется. Глубина и распространённость рубцовых изменений зависят от тяжести поражения стенки пищевода.

При тяжёлой степени наблюдаются глубокие обширные повреждения пищевода на всю глубину.

4. В лечении ожога пищевода большое значение имеет своевременный перевод больного на плотную пищу. Обычно общий стол можно назначать со 2-й недели, однако к расширению диеты должен быть индивидуальный подход. Употребление твёрдой пищи является своеобразным естественным бужированием поражённого пищевода.

5. Профилактика ожогов пищевода, в первую очередь, заключается в правильном хранении едких веществ в местах, недоступных для детей. На посуде с этими веществами должна быть яркая этикетка с надписью «Яд, опасно!».

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Интерпретация общеклинических анализов крови, мочи, кала
3. Интерпретация биохимических анализов крови
4. Перкуссия, аускультация, пальпация грудной клетки
5. Бронхоскопия
6. Бужирование пищевода
7. Наложение гастростомы по Витцелю

**1.Тема: «Острый аппендицит у детей. Анато-физиологические особенности червеобразного отростка у детей. Острый аппендицит у детей до года».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Какие особенности анатомии брюшной полости имеют значение для течения острого аппендицита у детей до 3 лет?
2. Каков этиопатогенез острого аппендицита?
3. Какая классификация используется при остром аппендиците у детей?
4. Каковы общие и местные симптомы ОА при типичном расположении аппендикса у детей старшего возраста?
5. Чем отличается клиника ОА при атипичном расположении червеобразного отростка?
6. В чём состоят особенности ОА у детей младшей возрастной группы?
7. Каковы особенности клиники у детей до 3 лет?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ВОЗРАСТЕ

1. грудном
2. ясельном
3. дошкольном
4. предшкольном
5. школьном

2.К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛЕО-ЦЕКАЛЬНОГО УГЛА, КОТОРЫЕ МОГУТ СИМУЛИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ , НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. болезнь Крона
2. тифлит
3. баугинит
4. мезаденит
5. подвздошно-ободочная инвагинация

3.ТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНЫМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нисходящее
2. ретроперитониальное
3. ретроградное
4. левостороннее
5. ретроцекальное

4. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ЯВЛЯЮТСЯ

1. диагностические трудности
2. возраст до 3 лет
3. многократная рвота
4. гипертермический синдром
5. кишечный токсикоз

5. В КЛИНИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. частый жидкий стул
2. преобладание общих симптомов над местными
3. невозможность выявления симптомов раздражения брюшины
4. волнообразное течение
5. преобладание местной симптоматики над общими проявлениями

6. СИМПТОМ «ТОЛЧКА» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПО АВТОРУ

1. симптом Кохера
2. симптом Образцова
3. симптом Воскресенского
4. симптом Бартомье-Михельсона
5. симптом Ровзинга

7. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПАТАНАТОМИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА

1. аппендикс грязно-серого цвета с перфорацией на верхушке
2. аппендикс утолщен в размерах, напряжен, темно-багрового цвета, покрыт фибрином
3. отросток отечен, гиперемирован, в кровоизлияниях, выражен сосудистый рисунок
4. отросток утолщен, напряжен, инфильтрирован, местами имеет черно-зеленый цвет
5. гиперемия и умеренный отек отростка

8. ТАКТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА И ОБНАРУЖЕНИИ НЕИЗМЕНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

1. аппендэктомия и удаление дивертикула
2. аппендэктомия и дренирование брюшной полости
3. аппендэктомия, дивертикул удалить в плановом порядке
4. для удаления дивертикула – переход на срединную лапаротомию
5. аппендэктомия и ревизия брюшной полости

9. ТАКТИКА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ХОЛОДНОГО» АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

1. выписать домой на 2 недели
2. оперировать через 2 месяца в плановом порядке
3. оперировать сразу, не выписывая больного
4. не оперировать совсем
5. оперировать при появлении болей в животе

10. СИМПТОМ «РУБАШКИ» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

1. Образцова
2. Кохера
3. Филатова
4. Раздольского
5. Воскресенского

**Ответы к тестам по теме :**

1. 5
2. 5
3. 1
4. 1
5. 5
6. 5
7. 2
8. 4
9. 5
10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребёнок 6 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37°С. Болен в течение 10 часов.

При осмотре: язык суховат, брюшная стенка плохо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Ситковского, Образцова.

В анализе крови: лейкоцитов 12.5×109/литр, СОЭ 18 мм/час.

В анализе мочи: изменений нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Нужна ли больному предоперационная инфузионная терапия?

3. Каким доступом следует оперировать больного?

4. Сделайте назначения после операции.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара

**Задача №2**

У девочки 14 лет имеются боли внизу живота, повышение температуры тела, учащенный разжиженный стул без примесей слизи, крови, учащенное мочеиспускание.

В анамнезе: больна в течение 2-х суток, определяется положительный симптом Кохера.

При осмотре: живот напряжён, болезнен над лоном, положительный симптом Щёткина.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие способы можно применить для уточнения диагноза?

4. Каким доступом следует оперировать больного?

5. Этапы реабилитации.

**Задача №3**

Во время операции косым аппендикулярным разрезом по поводу предполагаемого острого аппендицита у девочки в брюшной полости обнаружен перекрут кисты правого яичника. Червеобразный отросток не изменён. Произведено удаление кисты.

Задания:

1. Ваша тактика по отношению к аппендиксу.

2. Правильны ли действия хирурга по отношению к кисте яичника? Почему?

3. Какие способы исследования помогают в дифференциальной диагностике данных заболеваний?

4. Каковы критерии выздоровления при выписке больной из стационара?

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребёнка 14 лет во время операции хирург обнаружил «холодный» аппендикулярный инфильтрат.

Задания:

1. Каким должно быть тактическое решение хирурга во время операции?

2. Почему нельзя выполнить аппендэктомию?

3. Назначьте лечение больного в послеоперационном периоде.

4. Как долго должно продолжаться лечение больного в стационаре в послеоперационном периоде?

5. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача №5**

В течение 2 недель ребёнку 12 лет проведено успешное консервативное лечение «холодного» аппендикулярного инфильтрата.

Задания:

1. Раскройте содержание понятия «аппендикулярный инфильтрат».

2. Чем он может осложниться?

3. Каковы критерии выздоровления и выписки больного из стационара?

4. Ваша дальнейшая тактика.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Острый аппендицит.

2. Инфузионная терапия в предоперационном периоде в данном случае не нужна.

3. Доступом Волковича-Дьяконова.

4. Назначения после операции по поводу неосложнённого острого аппендицита: голод в течение суток, постельный режим, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 2 раза в сутки в/м, или другой антибиотик), наблюдение дежурного врача.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Острый аппендицит, предположительно - тазовая локализация.

2. Дифференцируемые заболевания: кишечная инфекция, перекрут кисты яичника, пельвиоперитонит.

3. Пальцевое ректальное исследование, УЗИ, ОАК, лапароскопия.

4. Оперативный доступ - косой разрез Волковича-Дьяконова.

5. Этапы реабилитации: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №3:**

1. Аппендэктомия кисетным методом.

2. Да. Кисту необходимо удалить, так как имеется ее перекрут.

3. Ректальное, бимануальное исследование, УЗИ, лапароскопия.

4. Критерии выздоровления и возможности выписки больной из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rectum, нормальные показатели анализов крови и мочи.

5. Дальнейшая тактика: совместное наблюдение на участке хирургом и гинекологом, амбулаторно - противоспаечная терапия.

**К задаче №4:**

1. Резиновый дренаж в рану, антибиотики, физиолечение.

2. Выделение отростка из интимно спаяных между собой тканей может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям – каловому перитониту, кишечным свищам.

3. Назначения после операции по поводу аппендикулярного инфильтрата: голод в течение суток, постельный режим в фовлеровском положении, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 4 раза в сутки в/в или в/м, или другой антибиотик, напр., цефалоспоринового ряда), физиотерапия (УВЧ, ультразвук), наблюдение дежурного врача.

4. Лечение в стационаре должно продолжаться до полного рассасывания инфильтрата, в среднем, 3 недели.

5. Дальнейшая тактика состоит в проведении аппендэктомии через 2-3 месяца.

**К задаче №5:**

1. Аппендикулярный инфильтрат - это воспалительный конгломерат, состоящий из: воспаленного червеобразного отростка и спаянных с ним кишечных петель, сальника, периетальной и висцеральной брюшины и других органов, напр., придатков у девочек.

2. Осложнения аппендикулярного инфильтрата: абсцедирование, разлитой перитонит вследствие прорыва гнойника в брюшную полость, кишечные свищи.

3. Критерии выздоровления и выписки больных из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rektum (отсутствие инфильтрата при бимануальном исследовании и УЗИ), нормальные показатели анализов крови и мочи.

4. Дальнейшая тактика: рекомендовать операцию через 2-3 месяца.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение мышечного напряжения
4. Определение симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия, аускультация живота
6. Проведение ректального пальцевого исследования
7. Интерпретация анализов
8. Интерпретация результатов лапароскопии, УЗИ с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
9. Обоснование диагноза
10. Оформление истории болезни
11. Лапароскопия
12. Аппендектомия
13. Наложение кишечных швов

**1.Тема: «Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у детей до 3-х лет».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Какие особенности анатомии брюшной полости имеют значение для течения острого аппендицита у детей до 3 лет?
2. Каков этиопатогенез острого аппендицита у детей до з лет?
3. Какая классификация используется при остром аппендиците у детей?
4. Каковы общие и местные симптомы ОА при типичном расположении аппендикса у детей до 3-х лет?
5. Чем отличается клиника ОА при атипичном расположении червеобразного отростка?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМв грудном
2. в ясельном
3. в дошкольном
4. в предшкольном
5. в школьном

2. ЧТО НУЖНО ОСМАТРИВАТЬ У РЕБЁНКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ  
АППЕНДИЦИТ

1. зев
2. кожу
3. грудную клетку
4. живот
5. всё перечисленное

3. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ «ТАЗОВОГО» АППЕНДИЦИТА

а) ирригография

б) ректальное пальцевое исследование

в) ректороманоскопия

г) цистоскопия

д) цистография

4. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОХОЖЕ ПО СИМПТОМАТИКЕ НА «ТАЗОВЫЙ» АППЕНДИЦИТ

1. острый пиелонефрит
2. парапроктит
3. острая дизентерия
4. геморрой
5. пилефлебит

5. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ РЕШАЮЩИМИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМОМА ПРИ ПНЕВМОНИИ

1. УЗИ брюшной полости
2. KT брюшной полости
3. Рентгенография брюшной полости
4. Рентгенография грудной клетки
5. Пальпация живота в состоянии медикаментозного сна.

6. ЧТО ИЗМЕНЯЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАСТУПЛЕНИЕМ ДЕСТРУКЦИИ ОТРОСТКА

1. усиливается рвота
2. усиливаются боли в животе
3. появляется частый жидкий стул
4. наступаёт ложный «светлый» промежуток
5. ухудшается общее состояние

7. В ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ВХОДИТ

1. преобладание общих симптомов над местными
2. кожные высыпания
3. трудность общения с ребёнком
4. двигательное беспокойство
5. гипертермия
6. многократная рвота
7. активное напряжение брюшной стенки

8. ОСНОВНЫМИ ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

* 1. локальная болезненность в правой подвздошной области
  2. локальная болезненность в области пупка
  3. положительный симптом Воскресенского
  4. локальная пассивная мышечная защита
  5. положительный симптом Щеткина-Блюмберга

9. ЖАЛОБАМИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

* + 1. гипертермия
    2. острое начало, болезненный крик
    3. капризность, вялость
    4. нарушение сна
    5. боли в области пупка

10. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ

* + - 1. локальная боль в области пупка и эпигастрии
      2. локальная боль в правой подвздошной области
      3. активное напряжение мышц живота
      4. положительный симптом Раздольского
      5. болезненность при ректальном исследовании

**Ответы к тестам по теме :**

1-д;

2-д;

3-б;

4-в;

5-г, д;

6-г;

7-в;

8-б;

9-б;

10-а;

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребёнок 6 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37°С. Болен в течение 10 часов.

При осмотре: язык суховат, брюшная стенка плохо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Ситковского, Образцова.

В анализе крови: лейкоцитов 12.5×109/литр, СОЭ 18 мм/час.

В анализе мочи: изменений нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Нужна ли больному предоперационная инфузионная терапия?

3. Каким доступом следует оперировать больного?

4. Сделайте назначения после операции.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара

**Задача №2**

У девочки 14 лет имеются боли внизу живота, повышение температуры тела, учащенный разжиженный стул без примесей слизи, крови, учащенное мочеиспускание.

В анамнезе: больна в течение 2-х суток, определяется положительный симптом Кохера.

При осмотре: живот напряжён, болезнен над лоном, положительный симптом Щёткина.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие способы можно применить для уточнения диагноза?

4. Каким доступом следует оперировать больного?

5. Этапы реабилитации.

**Задача №3**

Во время операции косым аппендикулярным разрезом по поводу предполагаемого острого аппендицита у девочки в брюшной полости обнаружен перекрут кисты правого яичника. Червеобразный отросток не изменён. Произведено удаление кисты.

Задания:

1. Ваша тактика по отношению к аппендиксу.

2. Правильны ли действия хирурга по отношению к кисте яичника? Почему?

3. Какие способы исследования помогают в дифференциальной диагностике данных заболеваний?

4. Каковы критерии выздоровления при выписке больной из стационара?

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребёнка 14 лет во время операции хирург обнаружил «холодный» аппендикулярный инфильтрат.

Задания:

1. Каким должно быть тактическое решение хирурга во время операции?

2. Почему нельзя выполнить аппендэктомию?

3. Назначьте лечение больного в послеоперационном периоде.

4. Как долго должно продолжаться лечение больного в стационаре в послеоперационном периоде?

5. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача №5**

В течение 2 недель ребёнку 12 лет проведено успешное консервативное лечение «холодного» аппендикулярного инфильтрата.

Задания:

1. Раскройте содержание понятия «аппендикулярный инфильтрат».

2. Чем он может осложниться?

3. Каковы критерии выздоровления и выписки больного из стационара?

4. Ваша дальнейшая тактика.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Острый аппендицит.

2. Инфузионная терапия в предоперационном периоде в данном случае не нужна.

3. Доступом Волковича-Дьяконова.

4. Назначения после операции по поводу неосложнённого острого аппендицита: голод в течение суток, постельный режим, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 2 раза в сутки в/м, или другой антибиотик), наблюдение дежурного врача.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Острый аппендицит, предположительно - тазовая локализация.

2. Дифференцируемые заболевания: кишечная инфекция, перекрут кисты яичника, пельвиоперитонит.

3. Пальцевое ректальное исследование, УЗИ, ОАК, лапароскопия.

4. Оперативный доступ - косой разрез Волковича-Дьяконова.

5. Этапы реабилитации: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №3:**

1. Аппендэктомия кисетным методом.

2. Да. Кисту необходимо удалить, так как имеется ее перекрут.

3. Ректальное, бимануальное исследование, УЗИ, лапароскопия.

4. Критерии выздоровления и возможности выписки больной из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rectum, нормальные показатели анализов крови и мочи.

5. Дальнейшая тактика: совместное наблюдение на участке хирургом и гинекологом, амбулаторно - противоспаечная терапия.

**К задаче №4:**

1. Резиновый дренаж в рану, антибиотики, физиолечение.

2. Выделение отростка из интимно спаяных между собой тканей может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям – каловому перитониту, кишечным свищам.

3. Назначения после операции по поводу аппендикулярного инфильтрата: голод в течение суток, постельный режим в фовлеровском положении, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 4 раза в сутки в/в или в/м, или другой антибиотик, напр., цефалоспоринового ряда), физиотерапия (УВЧ, ультразвук), наблюдение дежурного врача.

4. Лечение в стационаре должно продолжаться до полного рассасывания инфильтрата, в среднем, 3 недели.

5. Дальнейшая тактика состоит в проведении аппендэктомии через 2-3 месяца.

**К задаче №5:**

1. Аппендикулярный инфильтрат - это воспалительный конгломерат, состоящий из: воспаленного червеобразного отростка и спаянных с ним кишечных петель, сальника, периетальной и висцеральной брюшины и других органов, напр., придатков у девочек.

2. Осложнения аппендикулярного инфильтрата: абсцедирование, разлитой перитонит вследствие прорыва гнойника в брюшную полость, кишечные свищи.

3. Критерии выздоровления и выписки больных из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rektum (отсутствие инфильтрата при бимануальном исследовании и УЗИ), нормальные показатели анализов крови и мочи.

4. Дальнейшая тактика: рекомендовать операцию через 2-3 месяца.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение мышечного напряжения
4. Определение симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия, аускультация живота
6. Проведение ректального пальцевого исследования
7. Интерпретация анализов
8. Интерпретация результатов лапароскопии, УЗИ с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
9. Обоснование диагноза
10. Оформление истории болезни
11. Лапароскопия
12. Аппендектомия
13. Наложение кишечных швов

**1.Тема: «Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у детей старшего возраста».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Какие особенности анатомии брюшной полости имеют значение для течения острого аппендицита у детей до 3 лет
2. Каков этиопатогенез острого аппендицита у детей старшего возраста
3. Какая классификация используется при остром аппендиците у детей старшего возраста
4. Каковы общие и местные симптомы ОА при типичном расположении аппендикса у детей старшего возраста
5. Чем отличается клиника ОА при атипичном расположении червеобразного отростка

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ВОЗРАСТЕ

1. грудном
2. ясельном
3. дошкольном
4. предшкольном
5. школьном

2.К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛЕО-ЦЕКАЛЬНОГО УГЛА, КОТОРЫЕ МОГУТ СИМУЛИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ , НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. болезнь Крона
2. тифлит
3. баугинит
4. мезаденит
5. подвздошно-ободочная инвагинация

3.ТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНЫМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нисходящее
2. ретроперитониальное
3. ретроградное
4. левостороннее
5. ретроцекальное

4. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ЯВЛЯЮТСЯ

1. диагностические трудности
2. возраст до 3 лет
3. многократная рвота
4. гипертермический синдром
5. кишечный токсикоз

5. В КЛИНИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. частый жидкий стул
2. преобладание общих симптомов над местными
3. невозможность выявления симптомов раздражения брюшины
4. волнообразное течение
5. преобладание местной симптоматики над общими проявлениями

6. СИМПТОМ «ТОЛЧКА» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПО АВТОРУ

1. симптом Кохера
2. симптом Образцова
3. симптом Воскресенского
4. симптом Бартомье-Михельсона
5. симптом Ровзинга

7. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПАТАНАТОМИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА

1. аппендикс грязно-серого цвета с перфорацией на верхушке
2. аппендикс утолщен в размерах, напряжен, темно-багрового цвета, покрыт фибрином
3. отросток отечен, гиперемирован, в кровоизлияниях, выражен сосудистый рисунок
4. отросток утолщен, напряжен, инфильтрирован, местами имеет черно-зеленый цвет
5. гиперемия и умеренный отек отростка

8. ТАКТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА И ОБНАРУЖЕНИИ НЕИЗМЕНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

1. аппендэктомия и удаление дивертикула
2. аппендэктомия и дренирование брюшной полости
3. аппендэктомия, дивертикул удалить в плановом порядке
4. для удаления дивертикула – переход на срединную лапаротомию
5. аппендэктомия и ревизия брюшной полости

9. ТАКТИКА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ХОЛОДНОГО» АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

1. выписать домой на 2 недели
2. оперировать через 2 месяца в плановом порядке
3. оперировать сразу, не выписывая больного
4. не оперировать совсем
5. оперировать при появлении болей в животе

10. СИМПТОМ «РУБАШКИ» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

1. Образцова
2. Кохера
3. Филатова
4. Раздольского
5. Воскресенского

**Ответы к тестам по теме :**

1. 5
2. 5
3. 1
4. 1
5. 5
6. 5
7. 2
8. 4
9. 5
10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребёнок 6 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37°С. Болен в течение 10 часов.

При осмотре: язык суховат, брюшная стенка плохо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Ситковского, Образцова.

В анализе крови: лейкоцитов 12.5×109/литр, СОЭ 18 мм/час.

В анализе мочи: изменений нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Нужна ли больному предоперационная инфузионная терапия?

3. Каким доступом следует оперировать больного?

4. Сделайте назначения после операции.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара

**Задача №2**

У девочки 14 лет имеются боли внизу живота, повышение температуры тела, учащенный разжиженный стул без примесей слизи, крови, учащенное мочеиспускание.

В анамнезе: больна в течение 2-х суток, определяется положительный симптом Кохера.

При осмотре: живот напряжён, болезнен над лоном, положительный симптом Щёткина.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие способы можно применить для уточнения диагноза?

4. Каким доступом следует оперировать больного?

5. Этапы реабилитации.

**Задача №3**

Во время операции косым аппендикулярным разрезом по поводу предполагаемого острого аппендицита у девочки в брюшной полости обнаружен перекрут кисты правого яичника. Червеобразный отросток не изменён. Произведено удаление кисты.

Задания:

1. Ваша тактика по отношению к аппендиксу.

2. Правильны ли действия хирурга по отношению к кисте яичника? Почему?

3. Какие способы исследования помогают в дифференциальной диагностике данных заболеваний?

4. Каковы критерии выздоровления при выписке больной из стационара?

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребёнка 14 лет во время операции хирург обнаружил «холодный» аппендикулярный инфильтрат.

Задания:

1. Каким должно быть тактическое решение хирурга во время операции?

2. Почему нельзя выполнить аппендэктомию?

3. Назначьте лечение больного в послеоперационном периоде.

4. Как долго должно продолжаться лечение больного в стационаре в послеоперационном периоде?

5. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача №5**

В течение 2 недель ребёнку 12 лет проведено успешное консервативное лечение «холодного» аппендикулярного инфильтрата.

Задания:

1. Раскройте содержание понятия «аппендикулярный инфильтрат».

2. Чем он может осложниться?

3. Каковы критерии выздоровления и выписки больного из стационара?

4. Ваша дальнейшая тактика.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Острый аппендицит.

2. Инфузионная терапия в предоперационном периоде в данном случае не нужна.

3. Доступом Волковича-Дьяконова.

4. Назначения после операции по поводу неосложнённого острого аппендицита: голод в течение суток, постельный режим, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 2 раза в сутки в/м, или другой антибиотик), наблюдение дежурного врача.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Острый аппендицит, предположительно - тазовая локализация.

2. Дифференцируемые заболевания: кишечная инфекция, перекрут кисты яичника, пельвиоперитонит.

3. Пальцевое ректальное исследование, УЗИ, ОАК, лапароскопия.

4. Оперативный доступ - косой разрез Волковича-Дьяконова.

5. Этапы реабилитации: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №3:**

1. Аппендэктомия кисетным методом.

2. Да. Кисту необходимо удалить, так как имеется ее перекрут.

3. Ректальное, бимануальное исследование, УЗИ, лапароскопия.

4. Критерии выздоровления и возможности выписки больной из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rectum, нормальные показатели анализов крови и мочи.

5. Дальнейшая тактика: совместное наблюдение на участке хирургом и гинекологом, амбулаторно - противоспаечная терапия.

**К задаче №4:**

1. Резиновый дренаж в рану, антибиотики, физиолечение.

2. Выделение отростка из интимно спаяных между собой тканей может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям – каловому перитониту, кишечным свищам.

3. Назначения после операции по поводу аппендикулярного инфильтрата: голод в течение суток, постельный режим в фовлеровском положении, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 4 раза в сутки в/в или в/м, или другой антибиотик, напр., цефалоспоринового ряда), физиотерапия (УВЧ, ультразвук), наблюдение дежурного врача.

4. Лечение в стационаре должно продолжаться до полного рассасывания инфильтрата, в среднем, 3 недели.

5. Дальнейшая тактика состоит в проведении аппендэктомии через 2-3 месяца.

**К задаче №5:**

1. Аппендикулярный инфильтрат - это воспалительный конгломерат, состоящий из: воспаленного червеобразного отростка и спаянных с ним кишечных петель, сальника, периетальной и висцеральной брюшины и других органов, напр., придатков у девочек.

2. Осложнения аппендикулярного инфильтрата: абсцедирование, разлитой перитонит вследствие прорыва гнойника в брюшную полость, кишечные свищи.

3. Критерии выздоровления и выписки больных из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rektum (отсутствие инфильтрата при бимануальном исследовании и УЗИ), нормальные показатели анализов крови и мочи.

4. Дальнейшая тактика: рекомендовать операцию через 2-3 месяца.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение мышечного напряжения
4. Определение симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия, аускультация живота
6. Проведение ректального пальцевого исследования
7. Интерпретация анализов
8. Интерпретация результатов лапароскопии, УЗИ с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
9. Обоснование диагноза
10. Оформление истории болезни
11. Лапароскопия
12. Аппендектомия
13. Наложение кишечных швов

**1.Тема: ««Острый аппендицит у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.На чем основана клиническая диагностика ОА у детей?

2. Какую информацию дают дополнительные методы диагностики (лабораторные и специальные)?

3.С какими заболеваниями дифференцируют ОА и каким образом?

4.В чём состоит суть оперативного вмешательства и каковы основные методики?

5.Как ведут больных в послеоперационном периоде?

6.Какие осложнения могут развиться в послеоперационном периоде?

7.Какие вопросы учитываются при проведении реабилитации и диспансеризации больных, перенесших операцию по поводу острого аппендицита?

8.В чём состоят особенности течения и тактики ведения детей с аппендикулярным инфильтратом?

9.Каковы результаты лечения детей с острым аппендицитом?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ВОЗРАСТЕ

1. грудном
2. ясельном
3. дошкольном
4. предшкольном
5. школьном

2.К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛЕО-ЦЕКАЛЬНОГО УГЛА, КОТОРЫЕ МОГУТ СИМУЛИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ , НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. болезнь Крона
2. тифлит
3. баугинит
4. мезаденит
5. подвздошно-ободочная инвагинация

3.ТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНЫМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нисходящее
2. ретроперитониальное
3. ретроградное
4. левостороннее
5. ретроцекальное

4. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ЯВЛЯЮТСЯ

1. диагностические трудности
2. возраст до 3 лет
3. многократная рвота
4. гипертермический синдром
5. кишечный токсикоз

5. В КЛИНИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. частый жидкий стул
2. преобладание общих симптомов над местными
3. невозможность выявления симптомов раздражения брюшины
4. волнообразное течение
5. преобладание местной симптоматики над общими проявлениями

6. СИМПТОМ «ТОЛЧКА» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПО АВТОРУ

1. симптом Кохера
2. симптом Образцова
3. симптом Воскресенского
4. симптом Бартомье-Михельсона
5. симптом Ровзинга

7. ОПИСАНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПАТАНАТОМИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА

1. аппендикс грязно-серого цвета с перфорацией на верхушке
2. аппендикс утолщен в размерах, напряжен, темно-багрового цвета, покрыт фибрином
3. отросток отечен, гиперемирован, в кровоизлияниях, выражен сосудистый рисунок
4. отросток утолщен, напряжен, инфильтрирован, местами имеет черно-зеленый цвет
5. гиперемия и умеренный отек отростка

8. ТАКТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА И ОБНАРУЖЕНИИ НЕИЗМЕНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

1. аппендэктомия и удаление дивертикула
2. аппендэктомия и дренирование брюшной полости
3. аппендэктомия, дивертикул удалить в плановом порядке
4. для удаления дивертикула – переход на срединную лапаротомию
5. аппендэктомия и ревизия брюшной полости

9. ТАКТИКА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ХОЛОДНОГО» АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

1. выписать домой на 2 недели
2. оперировать через 2 месяца в плановом порядке
3. оперировать сразу, не выписывая больного
4. не оперировать совсем
5. оперировать при появлении болей в животе

10. СИМПТОМ «РУБАШКИ» ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

1. Образцова
2. Кохера
3. Филатова
4. Раздольского
5. Воскресенского

**Ответы к тестам по теме :**

1. 5
2. 5
3. 1
4. 1
5. 5
6. 5
7. 2
8. 4
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В клинику поступил ребёнок 6 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37°С. Болен в течение 10 часов.

При осмотре: язык суховат, брюшная стенка плохо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Ситковского, Образцова.

В анализе крови: лейкоцитов 12.5×109/литр, СОЭ 18 мм/час.

В анализе мочи: изменений нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Нужна ли больному предоперационная инфузионная терапия?

3. Каким доступом следует оперировать больного?

4. Сделайте назначения после операции.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара

**Задача №2**

У девочки 14 лет имеются боли внизу живота, повышение температуры тела, учащенный разжиженный стул без примесей слизи, крови, учащенное мочеиспускание.

В анамнезе: больна в течение 2-х суток, определяется положительный симптом Кохера.

При осмотре: живот напряжён, болезнен над лоном, положительный симптом Щёткина.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие способы можно применить для уточнения диагноза?

4. Каким доступом следует оперировать больного?

5. Этапы реабилитации.

**Задача №3**

Во время операции косым аппендикулярным разрезом по поводу предполагаемого острого аппендицита у девочки в брюшной полости обнаружен перекрут кисты правого яичника. Червеобразный отросток не изменён. Произведено удаление кисты.

Задания:

1. Ваша тактика по отношению к аппендиксу.

2. Правильны ли действия хирурга по отношению к кисте яичника? Почему?

3. Какие способы исследования помогают в дифференциальной диагностике данных заболеваний?

4. Каковы критерии выздоровления при выписке больной из стационара?

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребёнка 14 лет во время операции хирург обнаружил «холодный» аппендикулярный инфильтрат.

Задания:

1. Каким должно быть тактическое решение хирурга во время операции?

2. Почему нельзя выполнить аппендэктомию?

3. Назначьте лечение больного в послеоперационном периоде.

4. Как долго должно продолжаться лечение больного в стационаре в послеоперационном периоде?

5. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача №5**

В течение 2 недель ребёнку 12 лет проведено успешное консервативное лечение «холодного» аппендикулярного инфильтрата.

Задания:

1. Раскройте содержание понятия «аппендикулярный инфильтрат».

2. Чем он может осложниться?

3. Каковы критерии выздоровления и выписки больного из стационара?

4. Ваша дальнейшая тактика.

5. Реабилитация в условиях поликлиники после выписки из стационара.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Острый аппендицит.

2. Инфузионная терапия в предоперационном периоде в данном случае не нужна.

3. Доступом Волковича-Дьяконова.

4. Назначения после операции по поводу неосложнённого острого аппендицита: голод в течение суток, постельный режим, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 2 раза в сутки в/м, или другой антибиотик), наблюдение дежурного врача.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Острый аппендицит, предположительно - тазовая локализация.

2. Дифференцируемые заболевания: кишечная инфекция, перекрут кисты яичника, пельвиоперитонит.

3. Пальцевое ректальное исследование, УЗИ, ОАК, лапароскопия.

4. Оперативный доступ - косой разрез Волковича-Дьяконова.

5. Этапы реабилитации: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**К задаче №3:**

1. Аппендэктомия кисетным методом.

2. Да. Кисту необходимо удалить, так как имеется ее перекрут.

3. Ректальное, бимануальное исследование, УЗИ, лапароскопия.

4. Критерии выздоровления и возможности выписки больной из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rectum, нормальные показатели анализов крови и мочи.

5. Дальнейшая тактика: совместное наблюдение на участке хирургом и гинекологом, амбулаторно - противоспаечная терапия.

**К задаче №4:**

1. Резиновый дренаж в рану, антибиотики, физиолечение.

2. Выделение отростка из интимно спаяных между собой тканей может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям – каловому перитониту, кишечным свищам.

3. Назначения после операции по поводу аппендикулярного инфильтрата: голод в течение суток, постельный режим в фовлеровском положении, контроль за дыханием, пульсом, температурой, диурезом, повязкой, р-р анальгина 50% по 0,6 мл 3 раза в сутки с целью обезболивания, антибиотик (напр., амоксициллин по 250 мг 4 раза в сутки в/в или в/м, или другой антибиотик, напр., цефалоспоринового ряда), физиотерапия (УВЧ, ультразвук), наблюдение дежурного врача.

4. Лечение в стационаре должно продолжаться до полного рассасывания инфильтрата, в среднем, 3 недели.

5. Дальнейшая тактика состоит в проведении аппендэктомии через 2-3 месяца.

**К задаче №5:**

1. Аппендикулярный инфильтрат - это воспалительный конгломерат, состоящий из: воспаленного червеобразного отростка и спаянных с ним кишечных петель, сальника, периетальной и висцеральной брюшины и других органов, напр., придатков у девочек.

2. Осложнения аппендикулярного инфильтрата: абсцедирование, разлитой перитонит вследствие прорыва гнойника в брюшную полость, кишечные свищи.

3. Критерии выздоровления и выписки больных из стационара: отсутствие каких-либо жалоб, нормальная температура тела, нормальные физиологические отправления, отсутствие напряжения брюшной стенки, отрицательные симптомы раздражения брюшины, отсутствие патологических симптомов при исследовании per rektum (отсутствие инфильтрата при бимануальном исследовании и УЗИ), нормальные показатели анализов крови и мочи.

4. Дальнейшая тактика: рекомендовать операцию через 2-3 месяца.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде в условиях поликлиники: курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом калия от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 64 ед. № 10 сеансов) освобождение от физкультуры на 2 месяца.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение пульса
3. Пальпация живота, определение мышечного напряжения
4. Определение симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия, аускультация живота
6. Проведение ректального пальцевого исследования
7. Интерпретация анализов
8. Интерпретация результатов лапароскопии, УЗИ с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
9. Обоснование диагноза
10. Оформление истории болезни
11. Лапароскопия
12. Аппендектомия
13. Наложение кишечных швов

**1.Тема: «Приобретенная кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез. Патогенез спайкообразования».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиопатогенез ОКН
2. Патологическая анатомия ОКН и кишечной инвагинации (морфологические изменения в кишке при нарушении кровообращения)
3. Классификация ОКН
4. Патогенез спайкообразования
5. Классификация СКН

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(3)

1. спастическая
2. странгуляционная
3. паралитическая
4. обтурационная
5. инвагинация

2. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНОЙ ДЛЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1):

1. резекция кишки
2. рассечение спаек
3. ушивание перфорации
4. энтеростомия
5. интестинопликация

3. В СХЕМУ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ВХОДИТ:(1)

1. рассасывающая терапия биопрепаратами
2. ингибиторы протеолиза
3. парафиновые аппликации
4. электрофорез с 10 % йодитом калия
5. ультразвук

4. ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА, КРОМЕ: (1)

1. метаболические расстройства
2. интоксикация
3. дегидратация
4. электролитный дисбаланс
5. дыхательная недостаточность

5.ТАКТИКА ВРАЧА ХИРУРГА ПРИ ПОВТОРНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

1. консервативное расправление инвагината
2. срочная операция
3. плановая операция
4. наблюдение
5. ирригография

6. К СУБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМАМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:(1)

1. многократная рвота
2. положительные симптомы раздражения брюшины
3. вздутие живота
4. отсутствие отхождения стула и газов
5. жажда

7. ЧТО НЕ ОТНОСЯТ К ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1)

1. узлообразование
2. закупорку опухолью
3. закупорку каловым камнем
4. закупорку инородным телом
5. закупорку клубком аскарид

8. КАКУЮ МЕТОДИКУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ:(1)

1. ирригоскопию и ирригографию
2. контрастную гастрографию
3. пневмоирригографию
4. обзорный снимок брюшной полости в вертикальном положении и контрастное исследование с динамическим контролем за продвижением контраста
5. фистулографию

9. НАЗОВИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(1)

1. усиленная перистальтика кишечника в ранние сроки заболевания и ее ослабление в поздние сроки
2. вздутие живота и симптом «пестроты перкуторного звука»
3. мышечное напряжение брюшной стенки
4. видимая на глаз перистальтика, положительный симптом Вааля
5. положительный симптом Обуховской больницы

10. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. нет приступообразных болей в животе
2. нет напряжения мышц брюшной стенки
3. нет многократной застойной рвоты
4. нет интоксикации
5. нет водно-электролитных нарушений

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

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

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребёнка 5 лет внезапно появились резкие схваткообразные боли в животе, многократная рвота, которая постепенно стала носить каловый характер. В дальнейшем перестали отходить газы, отсутствует стул, появилось вздутие живота. Поступил в клинику через 10 часов от начала заболевания. При осмотре: состояние тяжелое, выражены интоксикация и гидро-ионные нарушения, живот вздут, имеются положительные с-мы Вааля, Обуховской больницы.

**Задания**:

1. Каков ваш предположительный диагноз?

2. Каким должно быть тактическое решение?

**Задача № 2**

У ребёнка 10 лет, неоднократно оперированного по поводу спаечной кишечной непроходимости, во время очередной операции в брюшной полости обнаружен спаечный процесс.

Выберите один правильный ответ, какой должна быть ваша тактика хирурга:

1. Разделение спаек, введение гидрокортизона в брюшную полость
2. Разделение всех спаек, интубация кишечника
3. Устранение причинной спайки, интубация кишечника
4. Операция Нобля
5. Энтеростомия на наиболее раздутую петлю кишки.

**Задача № 3**

У ребёнка 6 лет имеется поздняя спаечная странгуляционная кишечная непроходимость. 2 месяца назад оперирован по поводу острого аппендицита. В настоящее время болен в течение суток, состояние тяжелое. Ваша тактика? Выберите 1 правильный ответ:

1. Консервативная терапия
2. Исследование ЖКТ с барием
3. Операция при неэффективности консервативного лечения
4. Срочная операция без предварительной предоперационной подготовки
5. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**Задача № 4**

У ребёнка 4 лет при дефекации обнаружено выделение крови из прямой кишки. Заподозрена инвагинация кишечника.

Какие симптомы могли бы подтвердить это подозрение?(3)

1. Схваткообразные боли в животе
2. Периодические ноющие боли в животе
3. Рвота
4. Повышение температуры тела
5. Наличие образования в брюшной полости.

**Задача №5**

Выберите правильную тактику ведения ребёнка 7 месяцев после консервативного расправления кишечной инвагинации:(1)

1. Можно выписать домой
2. Перевести в соматический стационар
3. Оставить в хирургическом отделении на 4-5 суток
4. Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток
5. После контрольной рентгенографии выписать под наблюдение педиатра.

**Задача №6**

У ребёнка в возрасте 8 месяцев внезапно появились приступы беспокойства, была однократная рвота. Живот не вздут, удается пальпировать болезненное малоподвижное опухолевидное образование размерами 5\*8 см в области правого подреберья. Стул после клизмы скудный, без примесей. Давность заболевания 4 часа.

Назовите наиболее вероятный диагноз:

1. Острый аппендицит
2. Илео-цекальная инвагинация
3. Удвоение кишечника
4. Мезаденит
5. Дивертикулит Меккеля.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**№ 1**

1. Острая странгуляционная кишечная непроходимость

1. Срочная операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№ 2**

в. Устранение причинной спайки, интубация кишечника

**№ 3**

д. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№4**

1.Схваткообразные боли в животе

2.Рвота

3.Наличие образования в брюшной полости.

**№5**

4.Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток.

**№6**

2. Илео-цекальная инвагинация.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Оценка общего состояния (цвет кожных покровов, измерение АД, пульса и т.д.)
3. Физикальное исследование живота (пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное пальцевое исследование)
4. Пальпация инвагината в брюшной полости
5. Ректальное пальцевое исследование
6. Оценка характера стула при инвагинации
7. Дифференциальная диагностика ОКН с хирургическими и соматическими заболеваниями; инвагинации с кишечной инфекцией, острым отитом и т.д.
8. Проведение пневмоирригографии
9. Чтение рентгенограмм
10. Интерпретация анализов
11. Проведение сифонной клизмы
12. Составление инфузионных программ до и после операции
13. Оформление историй болезни
14. Реабилитация больных после операции по поводу ОКН, больных со спаечной болезнью и кишечной инвагинацией.
15. Лапароскопия
16. Лапароцентез

**1.Тема: «Приобретенная кишечная непроходимость. Клиника кишечной непроходимости. Диагностика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Клиническая картина разных форм ОКН
2. Клиническая картина СКН
3. Клиническая диагностика
4. Лабораторная диагностика
5. Рентгенологическая диагностика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(3)

1. спастическая
2. странгуляционная
3. паралитическая
4. обтурационная
5. инвагинация

2. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНОЙ ДЛЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1):

1. резекция кишки
2. рассечение спаек
3. ушивание перфорации
4. энтеростомия
5. интестинопликация

3. В СХЕМУ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ВХОДИТ:(1)

1. рассасывающая терапия биопрепаратами
2. ингибиторы протеолиза
3. парафиновые аппликации
4. электрофорез с 10 % йодитом калия
5. ультразвук

4. ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА, КРОМЕ: (1)

1. метаболические расстройства
2. интоксикация
3. дегидратация
4. электролитный дисбаланс
5. дыхательная недостаточность

5.ТАКТИКА ВРАЧА ХИРУРГА ПРИ ПОВТОРНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

1. консервативное расправление инвагината
2. срочная операция
3. плановая операция
4. наблюдение
5. ирригография

6. К СУБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМАМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:(1)

1. многократная рвота
2. положительные симптомы раздражения брюшины
3. вздутие живота
4. отсутствие отхождения стула и газов
5. жажда

7. ЧТО НЕ ОТНОСЯТ К ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1)

1. узлообразование
2. закупорку опухолью
3. закупорку каловым камнем
4. закупорку инородным телом
5. закупорку клубком аскарид

8. КАКУЮ МЕТОДИКУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ:(1)

1. ирригоскопию и ирригографию
2. контрастную гастрографию
3. пневмоирригографию
4. обзорный снимок брюшной полости в вертикальном положении и контрастное исследование с динамическим контролем за продвижением контраста
5. фистулографию

9. НАЗОВИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(1)

1. усиленная перистальтика кишечника в ранние сроки заболевания и ее ослабление в поздние сроки
2. вздутие живота и симптом «пестроты перкуторного звука»
3. мышечное напряжение брюшной стенки
4. видимая на глаз перистальтика, положительный симптом Вааля
5. положительный симптом Обуховской больницы

10. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. нет приступообразных болей в животе
2. нет напряжения мышц брюшной стенки
3. нет многократной застойной рвоты
4. нет интоксикации
5. нет водно-электролитных нарушений

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

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

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребёнка 5 лет внезапно появились резкие схваткообразные боли в животе, многократная рвота, которая постепенно стала носить каловый характер. В дальнейшем перестали отходить газы, отсутствует стул, появилось вздутие живота. Поступил в клинику через 10 часов от начала заболевания. При осмотре: состояние тяжелое, выражены интоксикация и гидро-ионные нарушения, живот вздут, имеются положительные с-мы Вааля, Обуховской больницы.

**Задания**:

1. Каков ваш предположительный диагноз?

2. Каким должно быть тактическое решение?

**Задача № 2**

У ребёнка 10 лет, неоднократно оперированного по поводу спаечной кишечной непроходимости, во время очередной операции в брюшной полости обнаружен спаечный процесс.

Выберите один правильный ответ, какой должна быть ваша тактика хирурга:

1. Разделение спаек, введение гидрокортизона в брюшную полость
2. Разделение всех спаек, интубация кишечника
3. Устранение причинной спайки, интубация кишечника
4. Операция Нобля
5. Энтеростомия на наиболее раздутую петлю кишки.

**Задача № 3**

У ребёнка 6 лет имеется поздняя спаечная странгуляционная кишечная непроходимость. 2 месяца назад оперирован по поводу острого аппендицита. В настоящее время болен в течение суток, состояние тяжелое. Ваша тактика? Выберите 1 правильный ответ:

1. Консервативная терапия
2. Исследование ЖКТ с барием
3. Операция при неэффективности консервативного лечения
4. Срочная операция без предварительной предоперационной подготовки
5. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**Задача № 4**

У ребёнка 4 лет при дефекации обнаружено выделение крови из прямой кишки. Заподозрена инвагинация кишечника.

Какие симптомы могли бы подтвердить это подозрение?(3)

1. Схваткообразные боли в животе
2. Периодические ноющие боли в животе
3. Рвота
4. Повышение температуры тела
5. Наличие образования в брюшной полости.

**Задача №5**

Выберите правильную тактику ведения ребёнка 7 месяцев после консервативного расправления кишечной инвагинации:(1)

1. Можно выписать домой
2. Перевести в соматический стационар
3. Оставить в хирургическом отделении на 4-5 суток
4. Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток
5. После контрольной рентгенографии выписать под наблюдение педиатра.

**Задача №6**

У ребёнка в возрасте 8 месяцев внезапно появились приступы беспокойства, была однократная рвота. Живот не вздут, удается пальпировать болезненное малоподвижное опухолевидное образование размерами 5\*8 см в области правого подреберья. Стул после клизмы скудный, без примесей. Давность заболевания 4 часа.

Назовите наиболее вероятный диагноз:

1. Острый аппендицит
2. Илео-цекальная инвагинация
3. Удвоение кишечника
4. Мезаденит
5. Дивертикулит Меккеля.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**№ 1**

1. Острая странгуляционная кишечная непроходимость

1. Срочная операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№ 2**

в. Устранение причинной спайки, интубация кишечника

**№ 3**

д. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№4**

1.Схваткообразные боли в животе

2.Рвота

3.Наличие образования в брюшной полости.

**№5**

4.Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток.

**№6**

2. Илео-цекальная инвагинация.

**6.Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Оценка общего состояния (цвет кожных покровов, измерение АД, пульса и т.д.)
3. Физикальное исследование живота (пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное пальцевое исследование)
4. Пальпация инвагината в брюшной полости
5. Ректальное пальцевое исследование
6. Оценка характера стула при инвагинации
7. Дифференциальная диагностика ОКН с хирургическими и соматическими заболеваниями; инвагинации с кишечной инфекцией, острым отитом и т.д.
8. Проведение пневмоирригографии
9. Чтение рентгенограмм
10. Интерпретация анализов
11. Проведение сифонной клизмы
12. Составление инфузионных программ до и после операции
13. Оформление историй болезни
14. Реабилитация больных после операции по поводу ОКН, больных со спаечной болезнью и кишечной инвагинацией.
15. Лапароскопия
16. Лапароцентез

**1.Тема: «Приобретенная кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Дифференциальная диагностика
2. Лечение (предоперационная подготовка, принципы оперативных вмешательств, послеоперационное ведение больных)
3. Лечение спаечной кишечной непроходимости
4. Осложнения и их коррекция
5. Вопросы реабилитации и диспансеризации детей, перенесших операции по поводу ОКН и детей со спаечной болезнью.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной теме:**

1. ВЫБЕРИТЕ ВИДЫ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(3)

1. спастическая
2. странгуляционная
3. паралитическая
4. обтурационная
5. инвагинация

2. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНОЙ ДЛЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1):

1. резекция кишки
2. рассечение спаек
3. ушивание перфорации
4. энтеростомия
5. интестинопликация

3. В СХЕМУ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ВХОДИТ:(1)

1. рассасывающая терапия биопрепаратами
2. ингибиторы протеолиза
3. парафиновые аппликации
4. электрофорез с 10 % йодитом калия
5. ультразвук

4. ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА, КРОМЕ: (1)

1. метаболические расстройства
2. интоксикация
3. дегидратация
4. электролитный дисбаланс
5. дыхательная недостаточность

5.ТАКТИКА ВРАЧА ХИРУРГА ПРИ ПОВТОРНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

1. консервативное расправление инвагината
2. срочная операция
3. плановая операция
4. наблюдение
5. ирригография

6. К СУБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМАМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:(1)

1. многократная рвота
2. положительные симптомы раздражения брюшины
3. вздутие живота
4. отсутствие отхождения стула и газов
5. жажда

7. ЧТО НЕ ОТНОСЯТ К ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ(1)

1. узлообразование
2. закупорку опухолью
3. закупорку каловым камнем
4. закупорку инородным телом
5. закупорку клубком аскарид

8. КАКУЮ МЕТОДИКУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ:(1)

1. ирригоскопию и ирригографию
2. контрастную гастрографию
3. пневмоирригографию
4. обзорный снимок брюшной полости в вертикальном положении и контрастное исследование с динамическим контролем за продвижением контраста
5. фистулографию

9. НАЗОВИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:(1)

1. усиленная перистальтика кишечника в ранние сроки заболевания и ее ослабление в поздние сроки
2. вздутие живота и симптом «пестроты перкуторного звука»
3. мышечное напряжение брюшной стенки
4. видимая на глаз перистальтика, положительный симптом Вааля
5. положительный симптом Обуховской больницы

10. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. нет приступообразных болей в животе
2. нет напряжения мышц брюшной стенки
3. нет многократной застойной рвоты
4. нет интоксикации
5. нет водно-электролитных нарушений

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

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

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребёнка 5 лет внезапно появились резкие приступообразные боли в животе, многократная рвота, которая постепенно стала носить каловый характер. В дальнейшем перестали отходить газы, отсутствует стул, появилось вздутие живота. Поступил в клинику через 10 часов от начала заболевания. При осмотре: состояние тяжелое, выражены интоксикация и гидро-ионные нарушения, живот вздут, имеются положительные с-мы Вааля, Обуховской больницы.

**Задания**:

1. Каков ваш предположительный диагноз?

2. Каким должно быть тактическое решение?

**Задача № 2**

У ребёнка 10 лет, неоднократно оперированного по поводу спаечной кишечной непроходимости, во время очередной операции в брюшной полости обнаружен спаечный процесс.

Выберите один правильный ответ, какой должна быть ваша тактика хирурга:

1. Разделение спаек, введение гидрокортизона в брюшную полость
2. Разделение всех спаек, интубация кишечника
3. Устранение причинной спайки, интубация кишечника
4. Операция Нобля
5. Энтеростомия на наиболее раздутую петлю кишки.

**Задача № 3**

У ребёнка 6 лет имеется поздняя спаечная странгуляционная кишечная непроходимость. 2 месяца назад оперирован по поводу острого аппендицита. В настоящее время болен в течение суток, состояние тяжелое. Ваша тактика? Выберите 1 правильный ответ:

1. Консервативная терапия
2. Исследование ЖКТ с барием
3. Операция при неэффективности консервативного лечения
4. Срочная операция без предварительной предоперационной подготовки
5. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**Задача № 4**

У ребёнка 4 лет при дефекации обнаружено выделение крови из прямой кишки. Заподозрена инвагинация кишечника.

Какие симптомы могли бы подтвердить это подозрение?

1. Приступообразыне боли в животе
2. Периодические ноющие боли в животе
3. Рвота
4. Повышение температуры тела
5. Наличие образования в брюшной полости.

**Задача №5**

Выберите правильную тактику ведения ребёнка 7 месяцев после консервативного расправления кишечной инвагинации:(1)

1. Можно выписать домой
2. Перевести в соматический стационар
3. Оставить в хирургическом отделении на 4-5 суток
4. Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток
5. После контрольной рентгенографии выписать под наблюдение педиатра.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**№ 1**

1. Острая странгуляционная кишечная непроходимость

1. Срочная операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№ 2**

в. Устранение причинной спайки, интубация кишечника

**№ 3**

д. Операция после кратковременной предоперационной подготовки.

**№4**

1.приступообразные боли в животе

2.Рвота

3.Наличие образования в брюшной полости.

**№5**

1. Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Оценка общего состояния (цвет кожных покровов, измерение АД, пульса и т.д.)
3. Физикальное исследование живота (пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное пальцевое исследование)
4. Пальпация инвагината в брюшной полости
5. Ректальное пальцевое исследование
6. Оценка характера стула при инвагинации
7. Дифференциальная диагностика ОКН с хирургическими и соматическими заболеваниями; инвагинации с кишечной инфекцией, острым отитом и т.д.
8. Проведение пневмоирригографии
9. Чтение рентгенограмм
10. Интерпретация анализов
11. Проведение сифонной клизмы
12. Составление инфузионных программ до и после операции
13. Оформление историй болезни
14. Реабилитация больных после операции по поводу ОКН, больных со спаечной болезнью и кишечной инвагинацией.
15. Лапароскопия

**1.Тема: «Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишок у детей»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Этиопатогенез ОКН и кишечной инвагинации

2.Патологическая анатомия ОКН и кишечной инвагинации (морфологические изменения в кишке при нарушении кровообращения)

3.Классификация ОКН и кишечной инвагинации

4.Клиническая картина разных форм ОКН (включая спаечную непроходимость) и кишечной инвагинации

5.Диагностика (клиническая, рентгенологическая, лабораторная)

6.Дифференциальная диагностика

7.Лечение (предоперационная подготовка, принципы оперативных вмешательств, послеоперационное ведение больных)

8.Осложнения и их коррекция

9.Вопросы реабилитации и диспансеризации детей, перенесших операции по поводу ОКН и детей со спаечной болезнью и кишечной инвагинацией.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЙ ФАКТОР НЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

1. конусовидная форма слепой кишки и червеобразного отростка
2. недостаточность баугиниевой заслонки
3. низкое прикрепление подвздошной кишки и тупой илео-цекальный угол
4. повышенная подвижность илео-цекального угла
5. разница в диаметрах слепой и терминального отдела подвздошной кишок с преобладанием в последней циркулярной мускулатуры

2**.** ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СХЕМА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК(3)

1. зонд в желудок
2. очистительная клизма
3. инфузионная терапия
4. симптоматическая терапия
5. физиолечение

3. КАКИЕ СЛОИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛОЯМИ ИНВАГИНАТА(2)

1. мышечный
2. внутренний
3. средний
4. слизистый
5. наружный

4. КАКОЙ ФАКТОР НЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ОБЪЯСНЕНИЕМ МЕХАНИЗМА ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В КАЛЕ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ(1)

1. сдавление сосудов брыжейки и кишки
2. изъязвление слизистой кишки
3. нарушение кровотока в сосудах брыжейки
4. повышение проницаемости сосудистой стенки
5. диапедез эритроцитов

5. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К СОСТАВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ ИНВАГИНАТА(1)

1. головка
2. шейка
3. тело
4. влагалище инвагината
5. средний и внутренний цилиндр инвагината

6. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА МОГУТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:(1)

1. парез кишечника
2. эвентрация кишечника
3. несостоятельность швов
4. кишечные свищи
5. гипертермический синдром

7. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИЛЕО - ЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА (1)

1. дивертикул Меккеля
2. кишечное кровотечение
3. изменение пищевого режима
4. опухоль кишки
5. мезаденит

8. КОНСЕРВАТИВНОЕ РАСПРАВЛЕНИЕ ИНВАГИНАТА ПОКАЗАНО ПРИ

1. простой подвздошно-ободочной инвагинации
2. слепо-ободочной инвагинации
3. толстокишечной инвагинации
4. давности заболевания более 24 часов
5. давности заболевания не более 12 часов

9. КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ПРИ ИЛЕО-ЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ(1)

1. плачем
2. внезапным началом в виде резкого беспокойства ребёнка, приступообразным характером и наличием светлых промежутков
3. вялостью, адинамичностью
4. постоянным беспокойством
5. всё верно

10. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА(1)

1. опухоль кишки
2. мезаденит
3. полип кишки
4. дивертикул Меккеля
5. спаечный процесс
6. стеноз кишки

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1-а

2-а, в, г

3-а, г

4-б

5-б

6-в

7-в

8-д

9-б

10-д

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребёнка 4 лет при дефекации обнаружено выделение крови из прямой кишки. Заподозрена инвагинация кишечника.

Какие симптомы могли бы подтвердить это подозрение?(3)

1.Схваткообразные боли в животе

2.Периодические ноющие боли в животе

3.Рвота

4.Повышение температуры тела

5.Наличие образования в брюшной полости.

**Задача №2**

Выберите правильную тактику ведения ребёнка 7 месяцев после консервативного расправления кишечной инвагинации:(1)

1.Можно выписать домой

2.Перевести в соматический стационар

3.Оставить в хирургическом отделении на 4-5 суток

4.Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток

5.После контрольной рентгенографии выписать под наблюдение педиатра.

**Задача №3**

У ребёнка в возрасте 8 месяцев внезапно появились приступы беспокойства, была однократная рвота. Живот не вздут, удается пальпировать болезненное малоподвижное опухолевидное образование размерами 5\*8 см в области правого подреберья. Стул после клизмы скудный, без примесей. Давность заболевания 4 часа.

Назовите наиболее вероятный диагноз:

1.Острый аппендицит

2.Илео-цекальная инвагинация

3.Удвоение кишечника

4.Мезаденит

5.Дивертикулит Меккеля.

**Задача №4**

Доставлен ребенок В.,9 месяцев. Заболел 2 дня назад. Заболевание началось остро через 3 часа после кормления (отец дал кусочек колбасы). Ребенок стал беспокоиться, кричать, сучить ножками, появилась рвота съеденной пищей. Периодически ребенок успокаивался, засыпал. Сделана клизма, получен стул. Ребенок успокоился, но самочувствие осталось тяжелым: вялый, бледный, появилась рвота с примесью желчи, вздутие живота. Через 8 часов был отмечен стул с примесью крови темно-вишневого цвета.

При поступлении общее состояние тяжелое. Рвота с желчью. Живот вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Ректально на пальце определяется кровь. Температура 37,2°С, лейкоцитоз – 12\*1012 /л со сдвигом влево.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Какой метод обследования необходимо предпринять?
3. Выберите правильную лечебную тактику.

**Задача №5**

У ребёнка в возрасте 6 месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе, рвота, отмечена задержка стула. При ректальном пальцевом исследовании обнаружена темная кровь.

Каков ваш предположительный диагноз? Выберите один правильный ответ:

1. Язва ДПК
2. Пептическая язва дивертикула Меккеля
3. Полип прямой кишки
4. Инвагинация кишечника
5. Опухоль тонкой кишки

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**Задача№1**

1.Схваткообразные боли в животе

2.Рвота

3.Наличие образования в брюшной полости.

**Задача№2**

4.Наблюдение за состоянием с осмотром стула и контрольным обследованием кишечника с барием в хирургическом стационаре в течение 1-2 суток.

**Задача№3**

2. Илео-цекальная инвагинация.

**Задача№4**

1.Диагноз: подвздошно–ободочная инвагинация, возможно осложненная некрозом кишки.

2.Методы дополнительного обследования: поднаркозная пальпация живота, рентгенологическое исследование толстой кишки с воздухом (пневмоирригография).

3.Лечебная тактика: учитывая большую давность заболевания, лечение должно быть только оперативным, предварительно необходимо провести кратковременную предоперационную подготовку с целью дезинтоксикации и восполнения ОЦК.

**Задача№5**

1.Инвагинация кишечника.

**6. Перечень практических умений:**

1.Сбор анамнеза

2.Оценка общего состояния (цвет кожных покровов, измерение АД, пульса и т.д.)

3.Физикальное исследование живота (пальпация, перкуссия, аускультация, ректальное пальцевое исследование)

4.Пальпация инвагината в брюшной полости

5.Ректальное пальцевое исследование

6.Оценка характера стула при инвагинации

7.Дифференциальная диагностика ОКН с хирургическими и соматическими заболеваниями; инвагинации с кишечной инфекцией, острым отитом и т.д.

8.Проведение пневмоирригографии

9.Чтение рентгенограмм

10.Интерпретация анализов

11.Проведение сифонной клизмы

12.Составление инфузионных программ до и после операции

13.Оформление историй болезни

14.Реабилитация больных после операции по поводу ОКН, больных со спаечной болезнью и кишечной инвагинацией.

15.Лапароскопия

16.Лапароцентез

**1.Тема: «Перитониты у детей. Анатомофизиологические особенности ьрюшной полости у детей».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Особенности анатомии брюшной стенки у детей
2. Особенности анатомии брюшной полости у детей
3. Понятие перитонита
4. Этиология перитонита
5. Основные звенья патогенеза перитонита

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ (1)

1. стафилококк
2. стрептококк
3. кишечная палочка
4. синегнойная палочка
5. анаэроб

2. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ВЛИЯЕТ НА РАЗВИТИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (1)

1. короткий сальник
2. малая ёмкость брюшной полости
3. низкие пластические свойства брюшины
4. тупой илеоцекальный угол
5. высокая подвижность илеоцекального угла

3. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ, ОТРАЖАЮЩИЙ ЛОГИЧЕСКУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРИТОНИТА: (1)

1. метаболические расстройства, дегидратация, гипоксия, гиповолемия
2. дегидратация, метаболические нарушения, расстройства, микроциркуляции, интоксикация
3. гипоксия, ацидоз, гиповолемия, интоксикация
4. водно-электролитный дисбаланс, нарушения КОС, гипоксия, интоксикация
5. интоксикация, микроциркулярные нарушения, гипоксия, водно-электролитный дисбаланс, метаболические расстройства

4. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРИТОНИТА

1. гипохлоремия, гиперкалиемия, гипернатриемия
2. гипохлоремия, неклеточная и внутриклеточная гипокалиемия, внеклеточная гипонатриемия, внутриклеточная гипернатриемия
3. гиперкалиемия вне- и внутриклеточная, гипернатриемия, гиперхлоремия
4. гиперхлоремия, внутриклеточная гиперкалиемия, внеклеточная гиперкалиемия
5. внутриклеточная гиперкалиемия и гипернатриемия, внеклеточная гиперхлоремия

5. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ РАЗВИТИЯ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

1. дефицит натрия
2. дефицит калия
3. дефицит ЛТФ
4. повреждение токсинами нервных элементов в стенке кишки
5. микроциркуляторные расстройства и кишечнике

6. НАЙДИТЕ В ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТАХ ОПИСАНИЕ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА 3.

1. капсула гнойника выражена, стенки её спадаются после удаления отростка и она принимает щелевидную форму
2. капсула выражена, стенки её ригидны, после аппендэктомии не спадаются
3. капсула выражена, стенки её спадаются, за пределами абсцесса в брюшной полости гнойный выпот
4. капсула рыхлая, после аппендэктомии спадается
5. полость гнойника располагается внутри аппендикулярного инфильтрата

7. КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПЕРИТОНИТА 2

1. отек брюшины с серозным выпотом
2. гиперемия брюшины с серозным выпотом
3. инфильтрация брюшины с серозным выпотом
4. гнойный экссудат с фибринозными наложениями
5. осумкованные гнойники в брюшной полости

8. К СИМПТОМАМ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

1. слабость
2. вялость
3. нарушение самочувствия
4. высокая температура
5. напряжение брюшной стенки

9. ОСНОВНЫМИ МЕСТНЫМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

1. отставание брюшной стенки при дыхании
2. напряжение мышц брюшной, стенки
3. пальпаторная болезненность брюшной стенки
4. симптом «Ваньки-встаньки»
5. положительные симптомы раздражения брюшины

10. К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НЕ ОТНОСИТСЯ ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ.

1. преобладают распространенные формы
2. характерно бурное течение
3. общие симптомы преобладают над местными
4. диагностика трудна
5. преобладает местная симптоматика

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1-в

2-г

3-д

4-б

5-а

6-б

7-г

8-д

9-г

10-д

**5.Ситуационные задачи по тенме:**

**Задача № 1**

У ребенка 5 лет имеется аппендикулярный перитонит с давностью заболевания более недели. В брошной полости - значительное количествогноя с каловым запахом, фибринозные наложения на органах, межпетлевые гнойники, парез кишечника.

Укажите возможные способы операционной декомпрессии кишок:

1. Энтеротомия

2. Энтеростомия

3. Декомпрессия по Дедедеру

4. Ретроградная интубация кишечника

5. Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**Задача № 2**

Аппендикулярный перитонит у мальчика 12 лет с давностью заболевания 10 суток. При вскрытии брюшной полости доступом Волковича-Дъяконова обнаружен перитонит 3.

Ваша тактика по оптимальному доступу в данной ситуации?

1. Расширить разрез Волковича-Дъяконова

2. Перейти на парамедианный доступ

3. Перейти на срёдинную лапаротомию

4. Ограничиться произведенным косым разрезом

**Задача № 3**

Во время операции по поводу перитонита хирург обнаружит у ребенка в брюшной полости перфорацию подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илео-цекального угла.

1. Как следует закончить операцию?

2. Какова дальнейшая тактика ведения данного больного?

**Задача №4**

Девочка 11 лет заболела остро, появились боли в животе, повысилась температура 38,5С, присоединилась рвота, через 6 часов - жидкий частый стул. В тот же день фельдшер поставил диагноз дизентерия, назначил левомицитин, фталазол, витамины, ограничил диету. Состояние девочки не улучшилось. Вызван врач скорой помощи, которыйпровел осмотр, ректального исследования не сделал, согласится с диагнозом фельдшера и оставил ребенка на дому. Вызванная повторно скорая помощь, доставила ребенка к гинекологу, т. к. над лоном пальпировалась опухоль. Гинеколог направил больную к хирургу. Притщательном обследовании был поставлен диагноз острого аппендицита, перитонита. Ребенок оперирован, послеоперационный диагноз: гангренозный аппендицит, разлитой перитонит. Не смотря на лечение, девочка умерла.

Укажите на ошибки, допущенные при оказании помощи ребенку.

**Задача №5**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихся данных?

**Эталоны ответов к задачам по теме :**

**№1.** 4. Ретроградная интубация кишечника

5.Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**№ 2.** 3. Перейти на срединную лапаротомию

**№ 3.** 1.Операцию следует закончить выведением двойной илеостомы и интубацией кишечника через приводящий отдел выведенной кишки.

2. Реконструктивная операция - анастомоз подвздошной кишки "конец в конец" - через 6 месяцев.

**№ 4.** Ошибки, допущенные на разных этапах при оказании мед. помощи:

1. Фельдшер поставил неправильный диагноз и назначил антибиотики которые смазали клиническую картину острого аппендицита.

2. Врач скорой помощи также неправильно оценил ситуацию, не сделал ректальное исследование и оставил ребенка на дому.

**№5.** Эталон ответа прилагается отдельно.

**Эталон ответа к задаче №5**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

23. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

23. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

23. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

24. Контроль за почасовым и суточным диурезом

25. Динамика OAK

26. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

27. Контроль за ОАМ

28. Наблюдение дежурных врачей

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД
3. Измерение пульса
4. Пальпация живота с определением мышечного напряжения брюшной стенки и выявлением симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия живота для выявления симптома исчезновения симптома «печёночной тупости»
6. Аускультация живота для выявления шумов кишечной перистальтики
7. Интерпретация лабораторных анализов
8. Интерпретация результатов УЗИ
9. Чтение рентгенограмм
10. Выбор оптимального объёма оперативного вмешательства в зависимости от формы, фазы перитонита и возраста больного
11. Составление схем предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного
12. Диагностика возможных осложнений
13. Определение критериев выздоровления
14. Оформление истории болезни
15. Реабилитация и диспансеризация больных после выписки из стационара.
16. Лапароскопия
17. Лапароцентез

**1.Тема: «Перитониты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Особенности анатомии брюшной полости у детей
2. Понятие перитонита
3. Этиология перитонита
4. Основные звенья патогенеза перитонита
5. Классификационные схемы перитонита

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. РЕШАЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ «ТАЗОВОГО» АППЕНДИЦИТА

1. ирригография
2. ректальное пальцевое исследование
3. ректороманоскопия
4. цистография
5. рентгенография таза

2.ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ ЧАЩЕ ВСТЕРЧАЕТСЯ:

* 1. стафилококк
  2. стрептококк
  3. кишечная палочка
  4. синегнойная палочка
  5. анаэроб

3. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ВСТРЕЧАЕТСЯ В:

1. 10%
2. 20%
3. 80%
4. 3%
5. 50%

4. НА ШЕСТЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ РЕЗКО УХУДШИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА: БОЛИ В ЖИВОТЕ, МНОГОКРАТНАЯ РВОТА, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, НАПРЯЖЕНИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ, ГИПЕРЛЕЙКОЦИТОЗ. ОСЛОЖНЕНИЕ

1. ранняя спаечная кишечная непроходимость
2. внутрибрюшное кровотечение
3. сепсис
4. дуглас-абсцесс
5. послеоперационный перитонит вследствие несостоятельности культи отростка

5. ЖИДКОСТЬ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ТЕРЯЕТСЯ

1. через кожу
2. с рвотными массами
3. путем увеличения диуреза
4. с жидким стулом
5. через легкие

6. В РАЗВИТИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ИГРАЕТ РОЛИ:

1. короткий сальник
2. малая емкость брюшной полости
3. низкие пластические свойства брюшины
4. тупой илеоцекальный угол
5. высокая подвижность илеоцекального угла

7. ЛОГИЧЕСКУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРИТОНИТА ОТРАЖАЮТ

1. метаболические расстройства, дегидратация, гипоксия, гиповолемия
2. дегидратация, метаболические нарушения, расстройства микроциркуляции, интоксикация
3. гипоксия, ацидоз, гиповолемия, интоксикация
4. алколоз, интоксикация, гиповолемия
5. интоксикация, микроциркуляторные нарушения, гипоксия, водно-электролитный дисбаланс, метаболические расстройства

8. СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. слабость анального сфинктера
2. сужение анального канала
3. пустая ампула прямой кишки
4. опухоль в малом тазу
5. нависание и болезненность стенок прямой кишки

9. БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТА, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЖИДКИЙ СТУЛ, ИНТОКСИКАЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ

1. острой кишечной непроходимости
2. кишечной инвагинации
3. пельвиоперитоните
4. перекруте кисты яичника
5. поддиафрагмальном абсцессе

10. С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. рассасывающая терапия биопрепаратами
2. ингибиторы протеолиза
3. парафиновые аппликации
4. электрофорез с 10% йодидом калия
5. ультразвук

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 2
2. 5
3. 4
4. 5
5. 2
6. 5
7. 3
8. 3
9. 3
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребенка 5 лет имеется аппендикулярный перитонит с давностью заболевания более недели. В брошной полости - значительное количествогноя с каловым запахом, фибринозные наложения на органах, межпетлевые гнойники, парез кишечника.

Укажите возможные способы операционной декомпрессии кишок:

1. Энтеротомия

2. Энтеростомия

3. Декомпрессия по Дедедеру

4. Ретроградная интубация кишечника

5. Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**Задача № 2**

Аппендикулярный перитонит у мальчика 12 лет с давностью заболевания 10 суток. При вскрытии брюшной полости доступом Волковича-Дъяконова обнаружен перитонит 3.

Ваша тактика по оптимальному доступу в данной ситуации?

1. Расширить разрез Волковича-Дъяконова

2. Перейти на парамедианный доступ

3. Перейти на срёдинную лапаротомию

4. Ограничиться произведенным косым разрезом

**Задача № 3**

Во время операции по поводу перитонита хирург обнаружит у ребенка в брюшной полости перфорацию подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илео-цекального угла.

1. Как следует закончить операцию?

2. Какова дальнейшая тактика ведения данного больного?

**Задача №4**

Девочка 11 лет заболела остро, появились боли в животе, повысилась температура 38,5С, присоединилась рвота, через 6 часов - жидкий частый стул. В тот же день фельдшер поставил диагноз дизентерия, назначил левомицитин, фталазол, витамины, ограничил диету. Состояние девочки не улучшилось. Вызван врач скорой помощи, которыйпровел осмотр, ректального исследования не сделал, согласится с диагнозом фельдшера и оставил ребенка на дому. Вызванная повторно скорая помощь, доставила ребенка к гинекологу, т. к. над лоном пальпировалась опухоль. Гинеколог направил больную к хирургу. Притщательном обследовании был поставлен диагноз острого аппендицита, перитонита. Ребенок оперирован, послеоперационный диагноз: гангренозный аппендицит, разлитой перитонит. Не смотря на лечение, девочка умерла.

Укажите на ошибки, допущенные при оказании помощи ребенку.

**Задача №5**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихся данных?

**Эталоны ответов к задачам по теме :**

**№1.** 4. Ретроградная интубация кишечника

5.Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**№ 2.** 3. Перейти на срединную лапаротомию

**№ 3.** 1.Операцию следует закончить выведением двойной илеостомы и интубацией кишечника через приводящий отдел выведенной кишки.

2. Реконструктивная операция - анастомоз подвздошной кишки "конец в конец" - через 6 месяцев.

**№ 4.** Ошибки, допущенные на разных этапах при оказании мед. помощи:

1. Фельдшер поставил неправильный диагноз и назначил антибиотики которые смазали клиническую картину острого аппендицита.

2. Врач скорой помощи также неправильно оценил ситуацию, не сделал ректальное исследование и оставил ребенка на дому.

**№5.** Эталон ответа прилагается отдельно.

**Эталон ответа к задаче №5**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

23. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

23. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

23. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

24. Контроль за почасовым и суточным диурезом

25. Динамика OAK

26. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

27. Контроль за ОАМ

28. Наблюдение дежурных врачей

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД
3. Измерение пульса
4. Пальпация живота с определением мышечного напряжения брюшной стенки и выявлением симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия живота для выявления симптома исчезновения симптома «печёночной тупости»
6. Аускультация живота для выявления шумов кишечной перистальтики
7. Интерпретация лабораторных анализов
8. Интерпретация результатов УЗИ
9. Чтение рентгенограмм
10. Выбор оптимального объёма оперативного вмешательства в зависимости от формы, фазы перитонита и возраста больного
11. Составление схем предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного
12. Диагностика возможных осложнений
13. Определение критериев выздоровления
14. Оформление истории болезни
15. Реабилитация и диспансеризация больных после выписки из стационара.
16. Лапароскопия
17. Лапароцентез
18. Пункция брюшной полости

**1.Тема: «Перитониты у детей. Клиническая картина. Фазы перитонита».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Особенности анатомии брюшной полости у детей
2. Понятие перитонита
3. Клинические проявления (общие и местные) в зависимости от формы и стадии перитонита и возраста ребенка
4. Фазы течения перитонита

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. РЕШАЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ «ТАЗОВОГО» АППЕНДИЦИТА

1. ирригография
2. ректальное пальцевое исследование
3. ректороманоскопия
4. цистография
5. рентгенография таза

2.ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ ЧАЩЕ ВСТЕРЧАЕТСЯ:

* 1. стафилококк
  2. стрептококк
  3. кишечная палочка
  4. синегнойная палочка
  5. анаэроб

3. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ВСТРЕЧАЕТСЯ В:

1. 10%
2. 20%
3. 80%
4. 3%
5. 50%

4. НА ШЕСТЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ РЕЗКО УХУДШИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА: БОЛИ В ЖИВОТЕ, МНОГОКРАТНАЯ РВОТА, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, НАПРЯЖЕНИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ, ГИПЕРЛЕЙКОЦИТОЗ. ОСЛОЖНЕНИЕ

1. ранняя спаечная кишечная непроходимость
2. внутрибрюшное кровотечение
3. сепсис
4. дуглас-абсцесс
5. послеоперационный перитонит вследствие несостоятельности культи отростка

5. ЖИДКОСТЬ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ТЕРЯЕТСЯ

1. через кожу
2. с рвотными массами
3. путем увеличения диуреза
4. с жидким стулом
5. через легкие

6. В РАЗВИТИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ИГРАЕТ РОЛИ:

1. короткий сальник
2. малая емкость брюшной полости
3. низкие пластические свойства брюшины
4. тупой илеоцекальный угол
5. высокая подвижность илеоцекального угла

7. ЛОГИЧЕСКУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРИТОНИТА ОТРАЖАЮТ

1. метаболические расстройства, дегидратация, гипоксия, гиповолемия
2. дегидратация, метаболические нарушения, расстройства микроциркуляции, интоксикация
3. гипоксия, ацидоз, гиповолемия, интоксикация
4. алколоз, интоксикация, гиповолемия
5. интоксикация, микроциркуляторные нарушения, гипоксия, водно-электролитный дисбаланс, метаболические расстройства

8. СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. слабость анального сфинктера
2. сужение анального канала
3. пустая ампула прямой кишки
4. опухоль в малом тазу
5. нависание и болезненность стенок прямой кишки

9. БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТА, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЖИДКИЙ СТУЛ, ИНТОКСИКАЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ

1. острой кишечной непроходимости
2. кишечной инвагинации
3. пельвиоперитоните
4. перекруте кисты яичника
5. поддиафрагмальном абсцессе

10. С ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. рассасывающая терапия биопрепаратами
2. ингибиторы протеолиза
3. парафиновые аппликации
4. электрофорез с 10% йодидом калия
5. ультразвук

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 2
2. 5
3. 4
4. 5
5. 2
6. 5
7. 3
8. 3
9. 3
10. 2

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребенка 5 лет имеется аппендикулярный перитонит с давностью заболевания более недели. В брошной полости - значительное количествогноя с каловым запахом, фибринозные наложения на органах, межпетлевые гнойники, парез кишечника.

Укажите возможные способы операционной декомпрессии кишок:

1. Энтеротомия

2. Энтеростомия

3. Декомпрессия по Дедедеру

4. Ретроградная интубация кишечника

5. Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**Задача № 2**

Аппендикулярный перитонит у мальчика 12 лет с давностью заболевания 10 суток. При вскрытии брюшной полости доступом Волковича-Дъяконова обнаружен перитонит 3.

Ваша тактика по оптимальному доступу в данной ситуации?

1. Расширить разрез Волковича-Дъяконова

2. Перейти на парамедианный доступ

3. Перейти на срёдинную лапаротомию

4. Ограничиться произведенным косым разрезом

**Задача № 3**

Во время операции по поводу перитонита хирург обнаружит у ребенка в брюшной полости перфорацию подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илео-цекального угла.

1. Как следует закончить операцию?

2. Какова дальнейшая тактика ведения данного больного?

**Задача №4**

Девочка 11 лет заболела остро, появились боли в животе, повысилась температура 38,5С, присоединилась рвота, через 6 часов - жидкий частый стул. В тот же день фельдшер поставил диагноз дизентерия, назначил левомицитин, фталазол, витамины, ограничил диету. Состояние девочки не улучшилось. Вызван врач скорой помощи, которыйпровел осмотр, ректального исследования не сделал, согласится с диагнозом фельдшера и оставил ребенка на дому. Вызванная повторно скорая помощь, доставила ребенка к гинекологу, т. к. над лоном пальпировалась опухоль. Гинеколог направил больную к хирургу. Притщательном обследовании был поставлен диагноз острого аппендицита, перитонита. Ребенок оперирован, послеоперационный диагноз: гангренозный аппендицит, разлитой перитонит. Не смотря на лечение, девочка умерла.

Укажите на ошибки, допущенные при оказании помощи ребенку.

**Задача №5**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихся данных?

**Эталоны ответов к задачам по теме :**

**№1.** 4. Ретроградная интубация кишечника

5.Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**№ 2.** 3. Перейти на срединную лапаротомию

**№ 3.** 1.Операцию следует закончить выведением двойной илеостомы и интубацией кишечника через приводящий отдел выведенной кишки.

2. Реконструктивная операция - анастомоз подвздошной кишки "конец в конец" - через 6 месяцев.

**№ 4.** Ошибки, допущенные на разных этапах при оказании мед. помощи:

1. Фельдшер поставил неправильный диагноз и назначил антибиотики которые смазали клиническую картину острого аппендицита.

2. Врач скорой помощи также неправильно оценил ситуацию, не сделал ректальное исследование и оставил ребенка на дому.

**№5.** Эталон ответа прилагается отдельно.

**Эталон ответа к задаче №5**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

23. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

23. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

23. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

24. Контроль за почасовым и суточным диурезом

25. Динамика OAK

26. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

27. Контроль за ОАМ

28. Наблюдение дежурных врачей

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД
3. Измерение пульса
4. Пальпация живота с определением мышечного напряжения брюшной стенки и выявлением симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия живота для выявления симптома исчезновения симптома «печёночной тупости»
6. Аускультация живота для выявления шумов кишечной перистальтики
7. Интерпретация лабораторных анализов
8. Интерпретация результатов УЗИ
9. Чтение рентгенограмм
10. Выбор оптимального объёма оперативного вмешательства в зависимости от формы, фазы перитонита и возраста больного
11. Составление схем предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного
12. Диагностика возможных осложнений
13. Определение критериев выздоровления
14. Оформление истории болезни
15. Реабилитация и диспансеризация больных после выписки из стационара.
16. Лапароскопия
17. Лапароцентез
18. Пункция брюшной полости

**1.Тема: «Перитониты у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Особенности анатомии брюшной полости у детей

2.Понятие перитонита

3..Дополнительные методы диагностики (лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, УЗИ)

4.Дифференциальная диагностика

5.Хирургическая тактика

6.Предоперационная подготовка

7..Послеоперационное ведение больных

8.Осложнения послеоперационного периода и их коррекция

9.Методы экстракорпоральной детоксикации организма

10.Вопросы реабилитации и диспансеризации больных, перенесших перитонит

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НАЙДИТЕ В ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТАХ ОПИСАНИЕ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА 3 (1).

А)капсула гнойника выражена, стенки её спадаются после удаления отростка и она принимает щелевидную форму

Б)капсула выражена, стенки её ригидны, после аппендэктомии не спадаются

В)капсула выражена, стенки её спадаются, за пределами абсцесса в брюшной полости гнойный выпот

Г)капсула рыхлая, после аппендэктомии спадается

Д)полость гнойника располагается внутри аппендикулярного инфильтрата

2. КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПЕРИТОНИТА 2

А)отек брюшины с серозным выпотом

Б)гиперемия брюшины с серозным выпотом

В)инфильтрация брюшины с серозным выпотом

Г)гнойный экссудат с фибринозными наложениями

Д)осумкованные гнойники в брюшной полости

3. К СИМПТОМАМ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

А)слабость

Б)вялость

В)нарушение самочувствия

Г)высокая температура

Д)напряжение брюшной стенки

4. ОСНОВНЫМИ МЕСТНЫМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

А)отставание брюшной стенки при дыхании

Б)напряжение мышц брюшной, стенки

В)пальпаторная болезненность брюшной стенки

Г)симптом «Ваньки-встаньки»

Д)положительные симптомы раздражения брюшины

5. К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НЕ ОТНОСИТСЯ ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ.

А)преобладают распространенные формы

Б)характерно бурное течение

В)общие симптомы преобладают над местными

Г)диагностика трудна

Д)преобладает местная симптоматика

6. УСТАНОВЛЕНИЮ КАКОГО СИМПТОМА ПОМОГАЕТ РЕКТАЛЬНОЕ ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

1. слабости анального сфинктера
2. сужения анального канала
3. пустой ампулы прямой кишки
4. опухоли и малом тазу
5. написания и болезненности стенок прямой кишки

7. ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО ВСЕМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ ОДНОГО:

1. пневмония
2. ревматизм
3. анемия Минковского-Шаффара
4. Болезнь Верльгофа
5. болезнь Шенлейн-Геноха

8. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ КИШЕЧНУЮ ИНФЕКЦИЮ ОТ ПЕРИТОНИТА:

1. боли в животе
2. отрицательные симптомы раздражения брюшины
3. многократная рвота
4. частый разжиженный стул
5. высокая температур

9. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ПНЕВМОНИЮ ОТ ПЕРИТОНИТА:

1. высокая температура
2. многократная рвота
3. одышка
4. симптомы интоксикации
5. отрицательные симптомы раздражения брюшины

10. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ОТ ПЕРЕКРУТА ЯИЧНИКА

1. боли в животе
2. напряжение брюшной стенки
3. положительные симптомы раздражения брюшины
4. гектические размахи температуры
5. наличие "опухоли" в нижних отделах живота

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1-б

2-г

3-д

4-г

5-д

6-д

7-в

8-б

9-д

10-г

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача № 1**

У ребенка 5 лет имеется аппендикулярный перитонит с давностью заболевания более недели. В брошной полости - значительное количествогноя с каловым запахом, фибринозные наложения на органах, межпетлевые гнойники, парез кишечника.

Укажите возможные способы операционной декомпрессии кишок:

1. Энтеротомия

2. Энтеростомия

3. Декомпрессия по Дедедеру

4. Ретроградная интубация кишечника

5. Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**Задача № 2**

Аппендикулярный перитонит у мальчика 12 лет с давностью заболевания 10 суток. При вскрытии брюшной полости доступом Волковича-Дъяконова обнаружен перитонит 3.

Ваша тактика по оптимальному доступу в данной ситуации?

1. Расширить разрез Волковича-Дъяконова

2. Перейти на парамедианный доступ

3. Перейти на срёдинную лапаротомию

4. Ограничиться произведенным косым разрезом

**Задача № 3**

Во время операции по поводу перитонита хирург обнаружит у ребенка в брюшной полости перфорацию подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илео-цекального угла.

1. Как следует закончить операцию?

2. Какова дальнейшая тактика ведения данного больного?

**Задача №4**

Девочка 11 лет заболела остро, появились боли в животе, повысилась температура 38,5С, присоединилась рвота, через 6 часов - жидкий частый стул. В тот же день фельдшер поставил диагноз дизентерия, назначил левомицитин, фталазол, витамины, ограничил диету. Состояние девочки не улучшилось. Вызван врач скорой помощи, которыйпровел осмотр, ректального исследования не сделал, согласится с диагнозом фельдшера и оставил ребенка на дому. Вызванная повторно скорая помощь, доставила ребенка к гинекологу, т. к. над лоном пальпировалась опухоль. Гинеколог направил больную к хирургу. Притщательном обследовании был поставлен диагноз острого аппендицита, перитонита. Ребенок оперирован, послеоперационный диагноз: гангренозный аппендицит, разлитой перитонит. Не смотря на лечение, девочка умерла.

Укажите на ошибки, допущенные при оказании помощи ребенку.

**Задача №5**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихся данных?

**Эталоны ответов к задачам по теме :**

**№1.** 4. Ретроградная интубация кишечника

5.Трансназальная декомпрессия тонкой кишки

**№ 2.** 3. Перейти на срединную лапаротомию

**№ 3.** 1.Операцию следует закончить выведением двойной илеостомы и интубацией кишечника через приводящий отдел выведенной кишки.

2. Реконструктивная операция - анастомоз подвздошной кишки "конец в конец" - через 6 месяцев.

**№ 4.** Ошибки, допущенные на разных этапах при оказании мед. помощи:

1. Фельдшер поставил неправильный диагноз и назначил антибиотики которые смазали клиническую картину острого аппендицита.

2. Врач скорой помощи также неправильно оценил ситуацию, не сделал ректальное исследование и оставил ребенка на дому.

**№5.** Эталон ответа прилагается отдельно.

**Эталон ответа к задаче №5**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

24. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

25. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

26. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

27. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

28. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

29. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

30. Контроль за почасовым и суточным диурезом

31. Динамика OAK

32. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

33. Контроль за ОАМ

34. Наблюдение дежурных врачей

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД
3. Измерение пульса
4. Пальпация живота с определением мышечного напряжения брюшной стенки и выявлением симптомов раздражения брюшины
5. Перкуссия живота для выявления симптома исчезновения симптома «печёночной тупости»
6. Аускультация живота для выявления шумов кишечной перистальтики
7. Интерпретация лабораторных анализов

**1.Тема: «Интенсивная терапия в детской хирургии. Понятие. Принципы интенсивной терапии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Нормальные показатели гомеостаза

2.Регуляция водно-солевого обмена

3.Патологические потери жидкости и электролитов

4.Характер и степени обезвоживания

5.Определение потерь жидкости

6.Клиническая симптоматика гиповолемии и разных видов дегидратации

7.Классификация инфузионных средств, их характеристики, показания к их применению

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗВРЕДНОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

1. левомицетин + тетрациклин
2. левомицетин + полимиксин
3. полимиксин + линкомицин
4. пенициллин + линкомицин
5. аминогликозиды + цефалоспорины

2. В КЛИНИКЕ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА (ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПОХЛОРЕМИИ, ГИПОНАТРИЕМИИ) НЕТ

1. общей вялости, слабости,апатии
2. мышечной гипотонии
3. брадикардии
4. тахикардии
5. снижения АД

3. ПРИЧИНАМИ ГИПОКАЛИИМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

* 1. операция
  2. все вышесказанное верно
  3. недостаточное введение калия с пищей
  4. рвота, понос
  5. кишечные свищи

4. ВЫБЕРИТЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИОНЫ:

* 1. натрий
  2. калий
  3. хлор
  4. магний
  5. кальций

5. ФОРМУЛА РАЧЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. расчета инфузионной терапии в предоперационном периоде при перитоните
2. расчета инфузионной терапии в послеоперационном периоде при перитоните
3. расчета дефицита калия
4. расчета дефицита белка
5. коррекции ацидоза

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТАХ В ВОДНЫХ СЕКТОРАХ:

* 1. в равном количестве в клетках и межклеточном пространстве
  2. натрия больше в межклеточном пространстве, калия в - клетках
  3. натрия меньше в межклеточном пространстве, калия в - клетке
  4. натрия больше в клетке, калия - в межклеточном пространстве
  5. все неверно

7. НОРМАЛЬЫНМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ВИДЫ, КРОМЕ:

1. диурез
2. перспирация
3. с рвотой
4. с потом
5. со стулом

8. НОРМАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ С ПЕРСПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80-90 мл
2. 100-225 мл
3. 170-375 мл
4. 900-1000 мл
5. 10-20 мл

9. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОТЕРИ ВОДЫ С ПЕРПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ:

1. 200-225 мл
2. 300-375 мл
3. 900-1150 мл
4. 550-650 мл
5. 100 мл

10. ПРИ КАКОМ АД ПРЕКРАЩАЕТСЯ ДИУРЕЗ?

1. выше 200 мл.рт.ст
2. выше 150 мл.рт.ст
3. ниже 70 мл.рт.ст
4. 20 мл.рт.ст
5. ниже 80 мл.рт.ст

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

* 1. 5
  2. 5
  3. 2
  4. 5
  5. 1
  6. 5
  7. 3
  8. 3
  9. 1
  10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

У ребенка 4 лет перитонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция – срединная лапаротомия, аппендектомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация брюшной полости, лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: Т-38С, одышка 50 дых/мин., пульс 130 уд/мин., АД 80/40 мм рт.ст., по желудочному зонду – 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0. Общий белок плазмы – 52 г/л, К+ плазмы – 2,5 ммоль/л.

**Задание:**

Составьте схему лечения данному ребенку в послеоперационном периоде с учетом всех имеющихся показателей.

**Задача №2.**

У ребенка 2-х лет имеется обезвоживание (изотоническая дегидратация) 2 степени с дефицитом массы от должной на 7%, что составляет 1 кг. Вес на момент поступления 11 кг (норма 12 кг).

**Задание:**

Составьте инфузионную программу (ИП):

1. Определите необходимое количество жидкости по схеме Денниса.
2. Представьте качественный состав ИП
3. Рассчитайте скорость введения инфузата.

**Задача №3.**

У ребенка 3-х лет с массой тела 15 кг имеются признаки гипокалиемии. При лабораторном исследовании К+ плазмы составил 2,7 ммоль/л.

**Задание:**

Произведите расчет необходимого количества калия для внутривенной коррекции.

**Задача №4**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

**Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихсяданных.**

**Задача №5**

Аппендикулярный перитонит у 7-летнего ребенка с давностью заболевания 7 дней. Выражен парез кишечника. Дефицит ОЦК 35%.

**Ваша тактика? (1)**

1. Срочная операция без подготовки

2.Холод на живот, обезболивающие средства, операция

3. Предоперационная подготовка до полного восстановления ОЦК

4. Предоперационная подготовка 6-12 часов и операция

5. Предопeрационная подготовка 3-4 часа и операция

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача №1.**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода:

1. Голод,
2. Холод на живот,
3. Ингаляция увлажненного кислорода,
4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/,
5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/,
6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/,
7. Горчичники на грудную клетку на ночь,
8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.,
10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутм  
    (в 10 часов и в 22 часа) в/в.,
12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.
13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в,
14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12100 грамм 1 р. в сутки в/м,
15. Канамицин 250 мг2р. в сут. в/в.,
16. Цефотаксим 250 мг 4р. в сут. в/в.,
17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина ч/з микроирригаторы в брюшную полость,
18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/,
19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе /5 мл/ Зр. в сут. в/в.,
20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.,
21. Почасовая термометрия,
22. При повышении температуры выше 38° С - физические методы  
    охлаждения : церебральная гипотония, холод на область крупных со­  
    судов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и  
    кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену +  
    литическая смесь в/м. :

анальгин 60 % 0,4 мл., димедрол 1 % 0,4 мл., дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле :

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патоло­гических потерь)

ФП : 115 мл. х 17 кг =1955 мл.,

КПП : на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15 мл х 17 кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составля­ет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред : соотношение коллоид­ных и кристаллоидных растворов должно быть 1 : 2, т.е. соответст­венно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка : 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора аль­бумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди кол­лоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона – гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2 : 1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим : 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия :

V К+= ФП К++ КД К+ (физ. потребность в К++ коррекция дефицита К+

ФПК+= 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

Д К+= (Кн-Кб)хmхk

Д К+ = (4,5-2,б)х17x0,2 = 6,8 ммоль

V К+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль, или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей : .

23.А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23.Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23.В. глюкоза 10 % 500,0 + инсулин 10 ЕД + KСl 7,% % 9 мл + аскорбино­вая кислота 5 % 1 мл 4 р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нат. 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки,

23.Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД 3 р. в сут. в/в кап.,

23.Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. увп.,

1. Контроль за почасовым и суточным диурезом.
2. Контроль за OAK.
3. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общ. билирубин, амилаза).
4. Контроль за ОАМ.
5. Наблюдение дежурных врачей.

**Задача №2.**

1. Расчет количества жидкости для ИП по Деннису: 150 мл\*11 кг=1650,0 мл
2. Качественный состав ИП:

Коллоиды – 1 часть (550,0 мл)

- реополиглюкин 200 мл в/в кап.

- плазма одногруппная 150 мл в/в кап.

- альбумин 10% р-р 200 мл в/в кап.

Кристаллоиды – 2 части (1100,0 мл)

- глюкоза 10 % р-р 850,0 мл

- солевые р-ры (дисоль, р-р Рингера) 250,0 мл.

3. Скорость введения инфузата по формуле: число кап/мин=1650 (мл)/4\*10(час)=41 кап/мин.

**Задача №3.**

Общее кол-во калия определяется по формуле: VK+=ФПК++ДК+, где VK+ - общее кол-во К+, ФПК+ - суточная возрастная потребность в калии, ДК+ - дефицит К+. Формула для расчета дефицита К+: ДК+=(К+n-К+б)\*m\*k, где К+n – К+ в норме, К+б – К+ больного, m – масса тела больного, k – возрастной коэффициент.

Таким образом, ДК+=(4,5-2,7)\*15\*0,3=8 ммоль, VK+=1,6\*15+8=32 ммоль, т.е. 32 мл 7,5% р-ра хлорида калия.

**Задача №4**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

23. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

23. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

23. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

24. Контроль за почасовым и суточным диурезом

25. Динамика OAK

26. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

27. Контроль за ОАМ

28. Наблюдение дежурных врачей

**Задача №5** 5. Предоперационная подготовка 3-4 часа и операция.

**6. Перечень практических умений:**

1. Определение степени обезвоживания
2. Определение вида дегидратации
3. Интерпретация биохимических анализов крови на предмет электролитного состава крови
4. Интерпретация метаболических нарушений
5. Расчет инфузионной программы в до и послеоперационном периодах
6. Реализация инфузионной программы при различных заболеваниях
7. Пути введения жидкостей в организм
8. Наложение венесекции

**1.Тема: «Интенсивная терапия в детской хирургии. Группы жилкостей для инфузионной терапии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Нормальные показатели гомеостаза

2.Регуляция водно-солевого обмена

3.Патологические потери жидкости и электролитов

4.Характер и степени обезвоживания

5.Определение потерь жидкости

6.Клиническая симптоматика гиповолемии и разных видов дегидратации

7.Классификация инфузионных средств, их характеристики, показания к их применению

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗВРЕДНОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

1. левомицетин + тетрациклин
2. левомицетин + полимиксин
3. полимиксин + линкомицин
4. пенициллин + линкомицин
5. аминогликозиды + цефалоспорины

2. В КЛИНИКЕ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА (ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПОХЛОРЕМИИ, ГИПОНАТРИЕМИИ) НЕТ

1. общей вялости, слабости,апатии
2. мышечной гипотонии
3. брадикардии
4. тахикардии
5. снижения АД

3. ПРИЧИНАМИ ГИПОКАЛИИМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

* 1. операция
  2. все вышесказанное верно
  3. недостаточное введение калия с пищей
  4. рвота, понос
  5. кишечные свищи

4. ВЫБЕРИТЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИОНЫ:

1. натрий
2. калий
3. хлор
4. магний
5. кальций

5. ФОРМУЛА РАЧЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. расчета инфузионной терапии в предоперационном периоде при перитоните
2. расчета инфузионной терапии в послеоперационном периоде при перитоните
3. расчета дефицита калия
4. расчета дефицита белка
5. коррекции ацидоза

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТАХ В ВОДНЫХ СЕКТОРАХ:

1. в равном количестве в клетках и межклеточном пространстве
2. натрия больше в межклеточном пространстве, калия в - клетках
3. натрия меньше в межклеточном пространстве, калия в - клетке
4. натрия больше в клетке, калия - в межклеточном пространстве
5. все неверно

7. НОРМАЛЬЫНМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ВИДЫ, КРОМЕ:

1. диурез
2. перспирация
3. с рвотой
4. с потом
5. со стулом

8. НОРМАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ С ПЕРСПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80-90 мл
2. 100-225 мл
3. 170-375 мл
4. 900-1000 мл
5. 10-20 мл

9. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОТЕРИ ВОДЫ С ПЕРПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ:

1. 200-225 мл
2. 300-375 мл
3. 900-1150 мл
4. 550-650 мл
5. 100 мл

10. ПРИ КАКОМ АД ПРЕКРАЩАЕТСЯ ДИУРЕЗ

1. выше 200 мл.рт.ст
2. выше 150 мл.рт.ст
3. ниже 70 мл.рт.ст
4. 20 мл.рт.ст
5. ниже 80 мл.рт.ст

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 5
3. 2
4. 5
5. 1
6. 5
7. 3
8. 3
9. 1
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

У ребенка 4 лет перитонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция – срединная лапаротомия, аппендектомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация брюшной полости, лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: Т-38С, одышка 50 дых/мин., пульс 130 уд/мин., АД 80/40 мм рт.ст., по желудочному зонду – 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0. Общий белок плазмы – 52 г/л, К+ плазмы – 2,5 ммоль/л.

**Задание:**

Составьте схему лечения данному ребенку в послеоперационном периоде с учетом всех имеющихся показателей.

**Задача №2.**

У ребенка 2-х лет имеется обезвоживание (изотоническая дегидратация) 2 степени с дефицитом массы от должной на 7%, что составляет 1 кг. Вес на момент поступления 11 кг (норма 12 кг).

**Задание:**

Составьте инфузионную программу (ИП):

1. Определите необходимое количество жидкости по схеме Денниса.
2. Представьте качественный состав ИП
3. Рассчитайте скорость введения инфузата.

**Задача №3.**

У ребенка 3-х лет с массой тела 15 кг имеются признаки гипокалиемии. При лабораторном исследовании К+ плазмы составил 2,7 ммоль/л.

**Задание:**

Произведите расчет необходимого количества калия для внутривенной коррекции.

**Задача №4**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

**Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихсяданных.**

**Задача №5**

Аппендикулярный перитонит у 7-летнего ребенка с давностью заболевания 7 дней. Выражен парез кишечника. Дефицит ОЦК 35%.

**Ваша тактика? (1)**

1. Срочная операция без подготовки

2.Холод на живот, обезболивающие средства, операция

3. Предоперационная подготовка до полного восстановления ОЦК

4. Предоперационная подготовка 6-12 часов и операция

5. Предопeрационная подготовка 3-4 часа и операция

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача №1.**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода:

1. Голод,
2. Холод на живот,
3. Ингаляция увлажненного кислорода,
4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/,
5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/,
6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/,
7. Горчичники на грудную клетку на ночь,
8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.,
10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутм (в 10 часов и в 22 часа) в/в.,
12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.
13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в,
14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12100 грамм 1 р. в сутки в/м,
15. Канамицин 250 мг2р. в сут. в/в.,
16. Цефотаксим 250 мг 4р. в сут. в/в.,
17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина ч/з микроирригаторы в брюшную полость,
18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/,
19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе /5 мл/ Зр. в сут. в/в.,
20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.,
21. Почасовая термометрия,
22. При повышении температуры выше 38° С - физические

анальгин 60 % 0,4 мл., димедрол 1 % 0,4 мл., дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле :

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патоло­гических потерь)

ФП : 115 мл. х 17 кг =1955 мл.,

КПП : на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15 мл х 17 кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составля­ет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред : соотношение коллоид­ных и кристаллоидных растворов должно быть 1 : 2, т.е. соответст­венно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка : 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора аль­бумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди кол­лоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона – гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2 : 1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим : 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия :

V К+= ФП К++ КД К+ (физ. потребность в К++ коррекция дефицита К+

ФПК+= 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

Д К+= (Кн-Кб)хmхk

Д К+ = (4,5-2,б)х17x0,2 = 6,8 ммоль

V К+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль, или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей : .

23.А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

24.Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

25.В. глюкоза 10 % 500,0 + инсулин 10 ЕД + KСl 7,% % 9 мл + аскорбино­вая кислота 5 % 1 мл 4 р. в сутки в/в кап.,

26 Г. Плазма нат. 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки,

27.Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД 3 р. в сут. в/в кап.,

28.Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. увп.,

29Контроль за почасовым и суточным диурезом.

30Контроль за OAK.

31Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общ. билирубин, амилаза).

32Контроль за ОАМ.

33Наблюдение дежурных врачей.

**Задача №2.**

1. Расчет количества жидкости для ИП по Деннису: 150 мл\*11 кг=1650,0 мл
2. Качественный состав ИП:

Коллоиды – 1 часть (550,0 мл)

- реополиглюкин 200 мл в/в кап.

- плазма одногруппная 150 мл в/в кап.

- альбумин 10% р-р 200 мл в/в кап.

Кристаллоиды – 2 части (1100,0 мл)

- глюкоза 10 % р-р 850,0 мл

- солевые р-ры (дисоль, р-р Рингера) 250,0 мл.

3. Скорость введения инфузата по формуле: число кап/мин=1650 (мл)/4\*10(час)=41 кап/мин.

**Задача №3.**

Общее кол-во калия определяется по формуле: VK+=ФПК++ДК+, где VK+ - общее кол-во К+, ФПК+ - суточная возрастная потребность в калии, ДК+ - дефицит К+. Формула для расчета дефицита К+: ДК+=(К+n-К+б)\*m\*k, где К+n – К+ в норме, К+б – К+ больного, m – масса тела больного, k – возрастной коэффициент.

Таким образом, ДК+=(4,5-2,7)\*15\*0,3=8 ммоль, VK+=1,6\*15+8=32 ммоль, т.е. 32 мл 7,5% р-ра хлорида калия.

**Задача №4**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

24. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

25. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

26. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

27. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

28. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

29. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

30. Контроль за почасовым и суточным диурезом

31. Динамика OAK

32. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

33. Контроль за ОАМ

34. Наблюдение дежурных врачей

**Задача №5** 5. Предоперационная подготовка 3-4 часа и операция.

**6. Перечень практических умений:**

1. Определение степени обезвоживания
2. Определение вида дегидратации
3. Интерпретация биохимических анализов крови на предмет электролитного состава крови
4. Интерпретация метаболических нарушений
5. Расчет инфузионной программы в до и послеоперационном периодах
6. Реализация инфузионной программы при различных заболеваниях
7. Пути введения жидкостей в организм
8. Наложение венесекции

**1.Тема: «Интенсивная терапия в детской хирургии. Реализация программы инфузионной терапии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Нормальные показатели гомеостаза

2.Регуляция водно-солевого обмена

3.Патологические потери жидкости и электролитов

4.Характер и степени обезвоживания

5.Определение потерь жидкости

6. Реализация программы инфузионной терапии

6.Клиническая симптоматика гиповолемии и разных видов дегидратации

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗВРЕДНОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

1. левомицетин + тетрациклин
2. левомицетин + полимиксин
3. полимиксин + линкомицин
4. пенициллин + линкомицин
5. аминогликозиды + цефалоспорины

2. В КЛИНИКЕ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА (ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПОХЛОРЕМИИ, ГИПОНАТРИЕМИИ) НЕТ

1. общей вялости, слабости,апатии
2. мышечной гипотонии
3. брадикардии
4. тахикардии
5. снижения АД

3. ПРИЧИНАМИ ГИПОКАЛИИМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

* 1. операция
  2. все вышесказанное верно
  3. недостаточное введение калия с пищей
  4. рвота, понос
  5. кишечные свищи

4. ВЫБЕРИТЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИОНЫ:

1. натрий
2. калий
3. хлор
4. магний
5. кальций

5. ФОРМУЛА РАЧЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. расчета инфузионной терапии в предоперационном периоде при перитоните
2. расчета инфузионной терапии в послеоперационном периоде при перитоните
3. расчета дефицита калия
4. расчета дефицита белка
5. коррекции ацидоза

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТАХ В ВОДНЫХ СЕКТОРАХ:

1. в равном количестве в клетках и межклеточном пространстве
2. натрия больше в межклеточном пространстве, калия в - клетках
3. натрия меньше в межклеточном пространстве, калия в - клетке
4. натрия больше в клетке, калия - в межклеточном пространстве
5. все неверно

7. НОРМАЛЬЫНМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ВИДЫ, КРОМЕ:

1. диурез
2. перспирация
3. с рвотой
4. с потом
5. со стулом

8. НОРМАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ С ПЕРСПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80-90 мл
2. 100-225 мл
3. 170-375 мл
4. 900-1000 мл
5. 10-20 мл

9. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОТЕРИ ВОДЫ С ПЕРПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ:

1. 200-225 мл
2. 300-375 мл
3. 900-1150 мл
4. 550-650 мл
5. 100 мл

10. ПРИ КАКОМ АД ПРЕКРАЩАЕТСЯ ДИУРЕЗ?

1. выше 200 мл.рт.ст
2. выше 150 мл.рт.ст
3. ниже 70 мл.рт.ст
4. 20 мл.рт.ст
5. ниже 80 мл.рт.ст

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 5
3. 2
4. 5
5. 1
6. 5
7. 3
8. 3
9. 1
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

У ребенка 4 лет перитонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция – срединная лапаротомия, аппендектомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация брюшной полости, лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: Т-38С, одышка 50 дых/мин., пульс 130 уд/мин., АД 80/40 мм рт.ст., по желудочному зонду – 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0. Общий белок плазмы – 52 г/л, К+ плазмы – 2,5 ммоль/л.

**Задание:**

Составьте схему лечения данному ребенку в послеоперационном периоде с учетом всех имеющихся показателей.

**Задача №2.**

У ребенка 2-х лет имеется обезвоживание (изотоническая дегидратация) 2 степени с дефицитом массы от должной на 7%, что составляет 1 кг. Вес на момент поступления 11 кг (норма 12 кг).

**Задание:**

Составьте инфузионную программу (ИП):

1. Определите необходимое количество жидкости по схеме Денниса.
2. Представьте качественный состав ИП
3. Рассчитайте скорость введения инфузата.

**Задача №3.**

У ребенка 3-х лет с массой тела 15 кг имеются признаки гипокалиемии. При лабораторном исследовании К+ плазмы составил 2,7 ммоль/л.

**Задание:**

Произведите расчет необходимого количества калия для внутривенной коррекции.

**Задача №4**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

**Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихсяданных.**

**Задача №5**

Аппендикулярный перитонит у 7-летнего ребенка с давностью заболевания 7 дней. Выражен парез кишечника. Дефицит ОЦК 35%.

**Ваша тактика? (1)**

1. Срочная операция без подготовки

2.Холод на живот, обезболивающие средства, операция

3. Предоперационная подготовка до полного восстановления ОЦК

4. Предоперационная подготовка 6-12 часов и операция

5. Предопeрационная подготовка 3-4 часа и операция

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача №1.**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода:

1. Голод,
2. Холод на живот,
3. Ингаляция увлажненного кислорода,
4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/,
5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/,
6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/,
7. Горчичники на грудную клетку на ночь,
8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.,
10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутм  
    (в 10 часов и в 22 часа) в/в.,
12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.
13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в,
14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12100 грамм 1 р. в сутки в/м,
15. Канамицин 250 мг2р. в сут. в/в.,
16. Цефотаксим 250 мг 4р. в сут. в/в.,
17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина ч/з микроирригаторы в брюшную полость,
18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/,
19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе /5 мл/ Зр. в сут. в/в.,
20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.,
21. Почасовая термометрия,
22. При повышении температуры выше 38° С - физические методы  
    охлаждения : церебральная гипотония, холод на область крупных со­  
    судов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и  
    кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену +  
    литическая смесь в/м. :

анальгин 60 % 0,4 мл., димедрол 1 % 0,4 мл., дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле :

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патоло­гических потерь)

ФП : 115 мл. х 17 кг =1955 мл.,

КПП : на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15 мл х 17 кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составля­ет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред : соотношение коллоид­ных и кристаллоидных растворов должно быть 1 : 2, т.е. соответст­венно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка : 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора аль­бумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди кол­лоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона – гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2 : 1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим : 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия :

V К+= ФП К++ КД К+ (физ. потребность в К++ коррекция дефицита К+

ФПК+= 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

Д К+= (Кн-Кб)хmхk

Д К+ = (4,5-2,б)х17x0,2 = 6,8 ммоль

V К+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль, или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей : .

23.А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23.Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23.В. глюкоза 10 % 500,0 + инсулин 10 ЕД + KСl 7,% % 9 мл + аскорбино­вая кислота 5 % 1 мл 4 р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нат. 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки,

23.Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД 3 р. в сут. в/в кап.,

23.Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. увп.,

1. Контроль за почасовым и суточным диурезом.
2. Контроль за OAK.
3. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общ. билирубин, амилаза).
4. Контроль за ОАМ.
5. Наблюдение дежурных врачей.

**Задача №2.**

1. Расчет количества жидкости для ИП по Деннису: 150 мл\*11 кг=1650,0 мл
2. Качественный состав ИП:

Коллоиды – 1 часть (550,0 мл)

- реополиглюкин 200 мл в/в кап.

- плазма одногруппная 150 мл в/в кап.

- альбумин 10% р-р 200 мл в/в кап.

Кристаллоиды – 2 части (1100,0 мл)

- глюкоза 10 % р-р 850,0 мл

- солевые р-ры (дисоль, р-р Рингера) 250,0 мл.

3. Скорость введения инфузата по формуле: число кап/мин=1650 (мл)/4\*10(час)=41 кап/мин.

**Задача №3.**

Общее кол-во калия определяется по формуле: VK+=ФПК++ДК+, где VK+ - общее кол-во К+, ФПК+ - суточная возрастная потребность в калии, ДК+ - дефицит К+. Формула для расчета дефицита К+: ДК+=(К+n-К+б)\*m\*k, где К+n – К+ в норме, К+б – К+ больного, m – масса тела больного, k – возрастной коэффициент.

Таким образом, ДК+=(4,5-2,7)\*15\*0,3=8 ммоль, VK+=1,6\*15+8=32 ммоль, т.е. 32 мл 7,5% р-ра хлорида калия.

**Задача №4**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

23. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

23. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

23. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

24. Контроль за почасовым и суточным диурезом

25. Динамика OAK

26. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

27. Контроль за ОАМ

28. Наблюдение дежурных врачей

**Задача №5** 5. Предоперационная подготовка 3-4 часа и операция.

**6. Перечень практических умений:**

1. Определение степени обезвоживания
2. Определение вида дегидратации
3. Интерпретация биохимических анализов крови на предмет электролитного состава крови
4. Интерпретация метаболических нарушений
5. Расчет инфузионной программы в до и послеоперационном периодах
6. Реализация инфузионной программы при различных заболеваниях
7. Пути введения жидкостей в организм
8. Наложение венесекции

**1.Тема: «Интенсивная терапия в детской хирургии. Принципы антибактериальной терапии в детской хирургии».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Нормальные показатели гомеостаза

2.Регуляция водно-солевого обмена

3.Патологические потери жидкости и электролитов

4.Характер и степени обезвоживания

5.Определение потерь жидкости

6.Клиническая симптоматика гиповолемии и разных видов дегидратации

7.Классификация инфузионных средств, их характеристики, показания к их применению

8.Задачи инфузионной терапии

9.Схемы расчета инфузионной программы до и после операции

10.Качественный состав инфузата

11.Реализация инфузионной программы (ИП)

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗВРЕДНОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

1. левомицетин + тетрациклин
2. левомицетин + полимиксин
3. полимиксин + линкомицин
4. пенициллин + линкомицин
5. аминогликозиды + цефалоспорины

2. В КЛИНИКЕ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА (ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПОХЛОРЕМИИ, ГИПОНАТРИЕМИИ) НЕТ

1. общей вялости, слабости,апатии
2. мышечной гипотонии
3. брадикардии
4. тахикардии
5. снижения АД

3. ПРИЧИНАМИ ГИПОКАЛИИМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

* 1. операция
  2. все вышесказанное верно
  3. недостаточное введение калия с пищей
  4. рвота, понос
  5. кишечные свищи

4. ВЫБЕРИТЕ КЛЕТОЧНЫЕ ИОНЫ:

1. натрий
2. калий
3. хлор
4. магний
5. кальций

5. ФОРМУЛА РАЧЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. расчета инфузионной терапии в предоперационном периоде при перитоните
2. расчета инфузионной терапии в послеоперационном периоде при перитоните
3. расчета дефицита калия
4. расчета дефицита белка
5. коррекции ацидоза

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТАХ В ВОДНЫХ СЕКТОРАХ:

1. в равном количестве в клетках и межклеточном пространстве
2. натрия больше в межклеточном пространстве, калия в - клетках
3. натрия меньше в межклеточном пространстве, калия в - клетке
4. натрия больше в клетке, калия - в межклеточном пространстве
5. все неверно

7. НОРМАЛЬЫНМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ВИДЫ, КРОМЕ:

1. диурез
2. перспирация
3. с рвотой
4. с потом
5. со стулом

8. НОРМАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ ВОДЫ С ПЕРСПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 80-90 мл
2. 100-225 мл
3. 170-375 мл
4. 900-1000 мл
5. 10-20 мл

9. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОТЕРИ ВОДЫ С ПЕРПИРАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ:

1. 200-225 мл
2. 300-375 мл
3. 900-1150 мл
4. 550-650 мл
5. 100 мл

10. ПРИ КАКОМ АД ПРЕКРАЩАЕТСЯ ДИУРЕЗ?

1. выше 200 мл.рт.ст
2. выше 150 мл.рт.ст
3. ниже 70 мл.рт.ст
4. 20 мл.рт.ст
5. ниже 80 мл.рт.ст

**Ответы к тестовому контролю по теме:**

1. 5
2. 5
3. 2
4. 5
5. 1
6. 5
7. 3
8. 3
9. 1
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

У ребенка 4 лет перитонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция – срединная лапаротомия, аппендектомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация брюшной полости, лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: Т-38С, одышка 50 дых/мин., пульс 130 уд/мин., АД 80/40 мм рт.ст., по желудочному зонду – 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0. Общий белок плазмы – 52 г/л, К+ плазмы – 2,5 ммоль/л.

**Задание:**

Составьте схему лечения данному ребенку в послеоперационном периоде с учетом всех имеющихся показателей.

**Задача №2.**

У ребенка 2-х лет имеется обезвоживание (изотоническая дегидратация) 2 степени с дефицитом массы от должной на 7%, что составляет 1 кг. Вес на момент поступления 11 кг (норма 12 кг).

**Задание:**

Составьте инфузионную программу (ИП):

1. Определите необходимое количество жидкости по схеме Денниса.
2. Представьте качественный состав ИП
3. Рассчитайте скорость введения инфузата.

**Задача №3.**

У ребенка 3-х лет с массой тела 15 кг имеются признаки гипокалиемии. При лабораторном исследовании К+ плазмы составил 2,7 ммоль/л.

**Задание:**

Произведите расчет необходимого количества калия для внутривенной коррекции.

**Задача №4**

У ребенка 4 лет перегонит 3 аппендикулярного происхождения. Давность заболевания 5 суток. Проведена операция - срединная лапаротомия, аппендэктомия, интубация кишечника ретроградным способом, санация и дренирование брошкой полости, лапаростомия. Показатели состояния в раннем послеоперационном периоде следующие: АД 80/40 мм р. ст., пульс 130 уд/мин., Т- 38,0°, одышка - 50 дых/мин., по желудочному зонду - 400,0 застойного содержимого, по кишечному зонду – 540,0, общий белок плазмы 52г/л, К+ плазмы 2,5 ммоль/л.

**Составьте схему лечения данному ребенку с учетом всех имеющихсяданных.**

**Задача №5**

Аппендикулярный перитонит у 7-летнего ребенка с давностью заболевания 7 дней. Выражен парез кишечника. Дефицит ОЦК 35%.

**Ваша тактика? (1)**

1. Срочная операция без подготовки

2.Холод на живот, обезболивающие средства, операция

3. Предоперационная подготовка до полного восстановления ОЦК

4. Предоперационная подготовка 6-12 часов и операция

5. Предопeрационная подготовка 3-4 часа и операция

**Эталоны ответов к задачам:**

**Задача №1.**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода:

1. Голод,
2. Холод на живот,
3. Ингаляция увлажненного кислорода,
4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/,
5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/,
6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/,
7. Горчичники на грудную клетку на ночь,
8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.,
10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.,
11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутм  
    (в 10 часов и в 22 часа) в/в.,
12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.
13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в,
14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12100 грамм 1 р. в сутки в/м,
15. Канамицин 250 мг2р. в сут. в/в.,
16. Цефотаксим 250 мг 4р. в сут. в/в.,
17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина ч/з микроирригаторы в брюшную полость,
18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/,
19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе /5 мл/ Зр. в сут. в/в.,
20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.,
21. Почасовая термометрия,
22. При повышении температуры выше 38° С - физические методы  
    охлаждения : церебральная гипотония, холод на область крупных со­  
    судов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и  
    кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену +  
    литическая смесь в/м. :

анальгин 60 % 0,4 мл., димедрол 1 % 0,4 мл., дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле :

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патоло­гических потерь)

ФП : 115 мл. х 17 кг =1955 мл.,

КПП : на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15 мл х 17 кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составля­ет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред : соотношение коллоид­ных и кристаллоидных растворов должно быть 1 : 2, т.е. соответст­венно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка : 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора аль­бумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди кол­лоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона – гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2 : 1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим : 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия :

V К+= ФП К++ КД К+ (физ. потребность в К++ коррекция дефицита К+

ФПК+= 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

Д К+= (Кн-Кб)хmхk

Д К+ = (4,5-2,б)х17x0,2 = 6,8 ммоль

V К+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль, или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей : .

23.А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

23.Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

23.В. глюкоза 10 % 500,0 + инсулин 10 ЕД + KСl 7,% % 9 мл + аскорбино­вая кислота 5 % 1 мл 4 р. в сутки в/в кап.,

23. Г. Плазма нат. 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки,

23.Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД 3 р. в сут. в/в кап.,

23.Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. увп.,

1. Контроль за почасовым и суточным диурезом.
2. Контроль за OAK.
3. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общ. билирубин, амилаза).
4. Контроль за ОАМ.
5. Наблюдение дежурных врачей.

**Задача №2.**

1. Расчет количества жидкости для ИП по Деннису: 150 мл\*11 кг=1650,0 мл
2. Качественный состав ИП:

Коллоиды – 1 часть (550,0 мл)

- реополиглюкин 200 мл в/в кап.

- плазма одногруппная 150 мл в/в кап.

- альбумин 10% р-р 200 мл в/в кап.

Кристаллоиды – 2 части (1100,0 мл)

- глюкоза 10 % р-р 850,0 мл

- солевые р-ры (дисоль, р-р Рингера) 250,0 мл.

3. Скорость введения инфузата по формуле: число кап/мин=1650 (мл)/4\*10(час)=41 кап/мин.

**Задача №3.**

Общее кол-во калия определяется по формуле: VK+=ФПК++ДК+, где VK+ - общее кол-во К+, ФПК+ - суточная возрастная потребность в калии, ДК+ - дефицит К+. Формула для расчета дефицита К+: ДК+=(К+n-К+б)\*m\*k, где К+n – К+ в норме, К+б – К+ больного, m – масса тела больного, k – возрастной коэффициент.

Таким образом, ДК+=(4,5-2,7)\*15\*0,3=8 ммоль, VK+=1,6\*15+8=32 ммоль, т.е. 32 мл 7,5% р-ра хлорида калия.

**Задача №4**

Схема лечения больного перитонитом в первые сутки послеоперационного периода.

1. Голод

2. Холод на живот

3. Ингаляция увлажненного кислорода

4. Массаж грудной клетки и конечностей /2 раза в сутки/

5. Дыхательная гимнастика /2 раза в сутки/

6. Обтирание кожи спиртом /3 раза в сутки/

7. Горчичники на грудную клетку на ночь

8. Анальгин 50 % 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

9. Димедрол 1 % 0,4 мл Зр. в сут. в/м.

10. Промедол 1% 0,4 мл. Зр. в сут. в/м.

11. Коргликон 0,06 % 0,2 мл. на физ. растворе (5 мл) 2 р. в сутки (в 10 часов и в 22 часа) в/в.

12. Кокарбоксилаза 25 мг 2р. в сут. в/в.

13. Хлорид кальция 5 % 5 мл. 1 р. в сутки в/в

14. Витамин В6 0,5 мл. чередовать через день с витамином В12 100 гамм 1 р. в сутки в/м

15. Канамицин 250 мг 2р. в сут. в/в.

16. Цефтриаксон 300 мг Зр. в сут. в/в.

17. Пеницилин 500 мг + левомицитин 250 мг в 20 мл 0,25 % новокаина в микроирригаторы в брюшную полость

18. Гепарин 2500 ME п/к через 6 часов /4 раза в сутки/

19. Эуфиллин 2,4 % 5 мл. на физ. растворе/5 мл/ Зр. в сут. в/в.

20. Лазикс 0,4 мл 2 р. в сут. в/в.

21. Почасовая термометрия

22. При повышении температуры выше 38° - физические методы охлаждения: церебральная гипотония, холод на область крупных сосудов, обтирание кожи спиртом, вентилятор, промывание желудка и кишечника холодными растворами, охлажденные растворы в вену + литическая смесь в/м.

- анальгин 50 % 0,4 мл.,

- димедрол 1 % 0,4 мл.,

- дроперидол 0,4 мл.

23. Инфузионная терапия на сутки. Расчет по формуле:

V = ФП + КПП (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь)

ФП: 115 мл. х 17 кг= 1955 мл.

КПП: на Т 38° -10 мл х 17 кг = 170 мл., на одышку -15млх17кг = 255 мл., на потери из желудка - 400 мл.,

на потери из кишечника - 540 мл.

ВСЕГО: 1365 мл.

Таким образом, общий объем инфузионной программы составляет: V = 1955 мл + 1365 мл. = 3320 мл.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1/2, т.е. соответственно 1100 мл и 2200 мл. Расчет белка: 2-3 г/кг массы тела, т.е. 34-51 г. сухого вещества или приблизительно 300-500 мл 10 % раствора альбумина или плазмы.

Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет 1/3 или 1/2 объема. Остальная часть должна быть представлена препаратами на основе поливинилпиролидона - гемодезом, реомакродексом, реоглюманом, реополиглюкином и т.д. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1. С учетом того, что коллоидные растворы считаются электролитными, это соотношение должно быть следующим: 2200 мл глюкозы + 1100 электролитных растворов.

Расчет калия:

V К+ = ФПК+ + КДК+ (физиологическая потребность в К+ + коррекция дефицита

ФПК+ = 1,7 ммоль х 17 кг = 28,9 ммоль

ДК+ = (Кн-Кб)хmхк

ДК+ = (4,5-2Т5)х17x0,2 = 6,8 ммоль

VK+ = 28,9 +6,8 = 35,7 = 36 ммоль или 36 мл 7,5 % раствора KСl

Таким образом, инфузионная программы должна быть следующей:

24. А. Реополиглюкин 100 мл х 2 р. в сут. в/в кап.,

25. Б. Альбумин 10 % 175 мл х2р. в сут. в/в кап.,

26. В. 10 % р-ор глюкозы 500,0 + инсулин 10 ЕД + Kcl 7,% 9 мл + аскорбиновая кислота 5 % 1 мл\*4р. в сутки в/в кап.,

27. Г. Плазма нативная 150 мл в/в кап. 1 раз в сутки

28. Д. Физраствор 100 мл + контрикал 10т ЕД \* 3р. в сут. в/в кап.

29. Е. Гемодез 150 х 2 р. в сут. в/в. капельно

30. Контроль за почасовым и суточным диурезом

31. Динамика OAK

32. Контроль за биохимическим составом плазмы (К, Na, CI, общий белок и его фракции, мочевина, сахар, билирубиновые фракции и общий билирубин, амилаза)

33. Контроль за ОАМ

34. Наблюдение дежурных врачей

**Задача №5** 5. Предоперационная подготовка 3-4 часа и операция.

**6. Перечень практических умений:**

1. Определение степени обезвоживания
2. Определение вида дегидратации
3. Интерпретация биохимических анализов крови на предмет электролитного состава крови
4. Интерпретация метаболических нарушений
5. Расчет инфузионной программы в до и послеоперационном периодах
6. Реализация инфузионной программы при различных заболеваниях
7. Пути введения жидкостей в организм
8. Наложение венесекции

**1.Тема: «Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Классификация».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Этиологи ОГО
2. Патогенез ОГО
3. Классификация ОГО
4. Клиническая картина ОГО
5. Методы ранней диагностики ОГО
6. Дифференциальная диагностика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВИЧНО ПРИ ОГО?

1. Надкостница
2. Кортикальный слой
3. Костный мозг
4. Хрящевая пластинка в ростковой зоне
5. Соединительно-тканная основа

2. ДЛЯ РЕНТГЕНОРЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АБСЦЕССА БРОДИ ХАРАКТЕРНОР:

1. Наличие костной полости с наличием мелких секвестров
2. Наличие костной полости с перифокальным остеосклерозом
3. Диффузное изменение костной ткани
4. Пятнистый остеопороз
5. Периостит

3. УКАЖИТЕ ЗОНУ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОГО У СТАРШИХ ДЕТЕЙ:

1. Метафиз
2. Диафиз
3. Эпифиз
4. Ростковый хрящ
5. Любой участок

4. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ГАРРЕ: Экссудат с большим содержанием белка-муцина

1. Гной
2. Хрящевая ткань
3. Коллагеновые волокна
4. Кровь

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Рентгенография
2. Сканирование
3. Исследование с применением жидких кристаллов
4. Цитологическое исследование
5. КТ

6. ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ ПРИ ОГО:

1. Боли «центрального» происхождения
2. Раздражение рецепторов кожи при отёке
3. Повышение внутрикостного давления
4. Гибель нервных окончаний надкостницы
5. Атрофия в костно-мозговом канале нервных окончаний

7. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОЛЛЬЕ:

1. Гной
2. Фиброзная ткань
3. Муцин
4. Секвестр
5. Кровь

8. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЕ ВНУТРИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ:

1. 60-80 мм водного столба
2. 130-150 мм водного столба
3. 250 мм водного столба
4. 40 мм водного столба
5. 20-30 мм водного столба

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОРАЖЕНИЯ КОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕМИЕЛИТЕ:

1. Эпифиз
2. Диафиз
3. Метафиз
4. Сустав
5. Любой участок

10.НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ КОСТИ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ:

* 1. На 1 и 2 сутки
  2. 3 и 4 сутки
  3. к концу второй начало третье недели
  4. Через месяц
  5. Через 1,5 месяца

**Ответы к тестам по теме:**

* 1. в
  2. а
  3. б
  4. б
  5. г
  6. в
  7. в
  8. а
  9. б
  10. в

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У ребёнка 10 лет появились боли в области правой большеберцовой кости, повысилась температура до 38,5ºС. Накануне получил травму в области в/3 голени слева.

Объективно: конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована кнаружи. Местно определяется повышение температуры, перкуторно точка наибольшей болезненности в проксимальном метафизе б/берцовой кости слева. Движения в конечности ограничены из-за болей. Давность заболевания 3 суток. Рентгенографии б/берцовой кости патологии не выявила.

В OAK: лейкоцитов 18,5×109/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите способ уточнения диагноза.

3. Укажите способ лечения.

4. Укажите анитбиотики, тропные к костной ткани.

5. Реабилитация.

**Задача №2**

У ребёнка с болями в коленном суставе, беспокоящими его в течение 6 месяцев, на рентгенограмме выявлена костная полость с перифокальным остеосклерозом в метафизе большеберцовой кости и мелким фрагментом в центре полости.

Задания:

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. В какую группу заболеваний входит выбранный Вами вариант диагноза?

3. С какой патологией следует дифференцировать это заболевание?

4. Какое лечение показано данному больному?

5. Как проводится реабилитация и диспансеризация при данном заболевании в амбулаторных условиях?

**Задача №3**

У больного 12 лет, находящегося на лечении по поводу ОГО в/3 правого бедра, на фоне проводимой терапии появилось ухудшение общего состояния за счёт выраженной дыхательной недостаточности и интоксикационного синдрома.

На рентгенограмме грудной клетки выявлены тотальное затемнение в области левого гемиторакса и смещение средостения в правую сторону.

Задания:

1. Укажите причину ухудшения состояния у больного.

2. Как следует трактовать изменения со стороны лёгких?

3. Укажите наиболее характерные признаки течения данного осложнения.

4. Укажите экстренное мероприятие, необходимое в данной ситуации.

5. Профилактика данного осложнения.

**Задача №4**

У ребенка после лечения ОГО правого бедра через 2 года появились припухлость, гиперемия мягких тканей и сформировался гнойный очаг, по поводу чего он получал лечение – вскрытие гнойника. Рана длительно не заживала, образовался свищ.

На рентгенограмме в правой бедренной кости имеется значительное утолщение кортикального слоя с полостью, в которой находится секвестр. Температура субфебрильная.

ОАК: умеренный лейкоцитоз.

Задание:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы исследования.

3. Определите лечебную тактику.

4. Укажите объём хирургического пособия.

5. Профилактика.

**Задача №5**

В клинику поступил ребёнок 8 лет с жалобами на боли в в/3 правого бедра, высокую температуру до 39°- 40° С.

Из анамнеза известно, что ребенок 3 дня назад ударился правым бедром, обращался в травмпункт, R-логически исключили перелом кости.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражена интоксикация. Со стороны внутренних органов – без патологии.

Локально: в в/3 правого бедра – припухлость, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, движения в тазобедренном суставе ограничены, осевая нагрузка болезненна.

В анализе крови: лейкоцитоз до 16×109/л, СОЭ 45 мм/час.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Укажите какой метод наиболее информативен для подтверждения диагноза?

3. Какая лечебная тактика показана ребенку?

4. Принципы консервативного лечения в послеоперационном периоде.

5. Какие антибиотики тропны к кости при лечении ОГО?

**Эталоны ответов к задачам:**

**К задаче №1:**

1. Острый гематогенный остеомиелит левой б/берцовой кости, локальная форма, рентгеннегативная стадия.

2. Остеопункция, остеоангиография, исследование гранулоцитограммы.

3. Фрезевая остеоперфорация.

4. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

5. Наблюдение хирурга в течение 6-12 месяцев с рентгенологическим контролем.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеомиелит Броди.

2. Группа первично-хронических остеомиелитов.

3. Дифференцировать с опухолями костей: остеогенной саркомой, остеоид-остеомой, костной кистой.

4. Показано хирургическое лечение – удаление секвестра, выскабливание, санация, дренирование костной полости.

5. Реабилитация в амбулаторных условиях: освобождение от физкультуры на 1 год, витаминотерапия, применение препаратов кальция. Диспансеризация – динамически контроль за состоянием ребенка, рентгенологический контроль через 3, 6, 12 месяцев, контроль за анализами крови.

**К задаче №3:**

1. Вторичное метастатическое поражение легких, развитие синдрома системного воспалительного ответа, сепсиса.

2. Изменения со стороны легких следует трактовать как осложнение основного заболевания, т.е. как метастатический гнойный очаг.

3. Оно как правило двустороннее, вначале протекает с малыми физикальнцми данными, быстро прогрессируют деструктивные процессы, осложняющиеся пиопневмотораксом, легочным кровотечением.

4. Пункция плевральной полости, с целью эвакуации пиоторакса, снятия внутригрудного (внутриплеврального) напряжения.

5. Своевременная диагностика, адекватная декомпрессивная трепанация и санация воспалительного очага в костной ткани.

**К задаче №4:**

1. Хронический остеомиелит правого бедра, стадия образования секвестра и свищей.

2. Фустулография.

3. Оперативное лечение.

4. Иссечение свища, удаление секвестра.

5. Своевременная диагностика ОГО, адекватное оперативное лечение ОГО.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит шейки бедра.

2. Наиболее информативный метод: остеопункция с цитологическим исследованием пунктата.

3. Лечебная тактика: операция без инфузионной подготовки.

4. Послеоперационное ведение: антибактериальное лечение, дезинтоксикационноя терапия, ингибиторы протеолиза, симптоматическая терапия, экстрокорпоральная детоксикация.

5. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза (выделить характерные для ОГО данные)
2. Определение степени нарушения функции конечностей
3. Оценка диагностической остеопункции, остеоангиографии
4. Чтение рентгенограмм, лабораторных данных
5. Проведение дифференциальной диагностики
6. Обоснование диагноза
7. Выбор лечебной тактики

**1.Тема: «Острый гематогенный остеомиелит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Клиническая картина ОГО
2. Методы ранней диагностики ОГО
3. Рентгенологические признаки ОГО
4. Дифференциальная диагностика

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВИЧНО ПРИ ОГО?

1. Надкостница
2. Кортикальный слой
3. Костный мозг
4. Хрящевая пластинка в ростковой зоне
5. Соединительно-тканная основа

2. ДЛЯ РЕНТГЕНОРЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АБСЦЕССА БРОДИ ХАРАКТЕРНОР:

1. Наличие костной полости с наличием мелких секвестров
2. Наличие костной полости с перифокальным остеосклерозом
3. Диффузное изменение костной ткани
4. Пятнистый остеопороз
5. Периостит

3. УКАЖИТЕ ЗОНУ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОГО У СТАРШИХ ДЕТЕЙ:

1. Метафиз
2. Диафиз
3. Эпифиз
4. Ростковый хрящ
5. Любой участок

4. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ГАРРЕ:

1. Экссудат с большим содержанием белка-муцина
2. Гной
3. Хрящевая ткань
4. Коллагеновые волокна
5. Кровь

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Рентгенография
2. Сканирование
3. Исследование с применением жидких кристаллов
4. Цитологическое исследование
5. КТ

6. ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ ПРИ ОГО:

1. Боли «центрального» происхождения
2. Раздражение рецепторов кожи при отёке
3. Повышение внутрикостного давления
4. Гибель нервных окончаний надкостницы
5. Атрофия в костно-мозговом канале нервных окончаний

7. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОЛЛЬЕ:

1. Гной
2. Фиброзная ткань
3. Муцин
4. Секвестр
5. Кровь

8. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЕ ВНУТРИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ:

1. 60-80 мм водного столба
2. 130-150 мм водного столба
3. 250 мм водного столба
4. 40 мм водного столба
5. 20-30 мм водного столба

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОРАЖЕНИЯ КОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕМИЕЛИТЕ:

1. Эпифиз
2. Диафиз
3. Метафиз
4. Сустав
5. Любой участок

10.НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ КОСТИ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ:

1. На 1 и 2 сутки
2. 3 и 4 сутки
3. к концу второй начало третье недели
4. Через месяц
5. Через 1,5 месяца

**Ответы к тестам по теме:**

1. в
2. а
3. б
4. б
5. г
6. в
7. в
8. а
9. б
10. в

5**. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У ребёнка 10 лет появились боли в области правой большеберцовой кости, повысилась температура до 38,5ºС. Накануне получил травму в области в/3 голени слева.

Объективно: конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована кнаружи. Местно определяется повышение температуры, перкуторно точка наибольшей болезненности в проксимальном метафизе б/берцовой кости слева. Движения в конечности ограничены из-за болей. Давность заболевания 3 суток. Рентгенографии б/берцовой кости патологии не выявила.

В OAK: лейкоцитов 18,5×109/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите способ уточнения диагноза.

3. Укажите способ лечения.

4. Укажите анитбиотики, тропные к костной ткани.

5. Реабилитация.

**Задача №2**

У ребёнка с болями в коленном суставе, беспокоящими его в течение 6 месяцев, на рентгенограмме выявлена костная полость с перифокальным остеосклерозом в метафизе большеберцовой кости и мелким фрагментом в центре полости.

Задания:

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. В какую группу заболеваний входит выбранный Вами вариант диагноза?

3. С какой патологией следует дифференцировать это заболевание?

4. Какое лечение показано данному больному?

5. Как проводится реабилитация и диспансеризация при данном заболевании в амбулаторных условиях?

**Задача №3**

У больного 12 лет, находящегося на лечении по поводу ОГО в/3 правого бедра, на фоне проводимой терапии появилось ухудшение общего состояния за счёт выраженной дыхательной недостаточности и интоксикационного синдрома.

На рентгенограмме грудной клетки выявлены тотальное затемнение в области левого гемиторакса и смещение средостения в правую сторону.

Задания:

1. Укажите причину ухудшения состояния у больного.

2. Как следует трактовать изменения со стороны лёгких?

3. Укажите наиболее характерные признаки течения данного осложнения.

4. Укажите экстренное мероприятие, необходимое в данной ситуации.

5. Профилактика данного осложнения.

**Задача №4**

У ребенка после лечения ОГО правого бедра через 2 года появились припухлость, гиперемия мягких тканей и сформировался гнойный очаг, по поводу чего он получал лечение – вскрытие гнойника. Рана длительно не заживала, образовался свищ.

На рентгенограмме в правой бедренной кости имеется значительное утолщение кортикального слоя с полостью, в которой находится секвестр. Температура субфебрильная.

ОАК: умеренный лейкоцитоз.

Задание:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы исследования.

3. Определите лечебную тактику.

4. Укажите объём хирургического пособия.

5. Профилактика.

**Задача №5**

В клинику поступил ребёнок 8 лет с жалобами на боли в в/3 правого бедра, высокую температуру до 39°- 40° С.

Из анамнеза известно, что ребенок 3 дня назад ударился правым бедром, обращался в травмпункт, R-логически исключили перелом кости.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражена интоксикация. Со стороны внутренних органов – без патологии.

Локально: в в/3 правого бедра – припухлость, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, движения в тазобедренном суставе ограничены, осевая нагрузка болезненна.

В анализе крови: лейкоцитоз до 16×109/л, СОЭ 45 мм/час.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Укажите какой метод наиболее информативен для подтверждения диагноза?

3. Какая лечебная тактика показана ребенку?

4. Принципы консервативного лечения в послеоперационном периоде.

5. Какие антибиотики тропны к кости при лечении ОГО?

**Эталоны ответов к задачам:**

**К задаче №1:**

1. Острый гематогенный остеомиелит левой б/берцовой кости, локальная форма, рентгеннегативная стадия.

2. Остеопункция, остеоангиография, исследование гранулоцитограммы.

3. Фрезевая остеоперфорация.

4. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

5. Наблюдение хирурга в течение 6-12 месяцев с рентгенологическим контролем.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеомиелит Броди.

2. Группа первично-хронических остеомиелитов.

3. Дифференцировать с опухолями костей: остеогенной саркомой, остеоид-остеомой, костной кистой.

4. Показано хирургическое лечение – удаление секвестра, выскабливание, санация, дренирование костной полости.

5. Реабилитация в амбулаторных условиях: освобождение от физкультуры на 1 год, витаминотерапия, применение препаратов кальция. Диспансеризация – динамически контроль за состоянием ребенка, рентгенологический контроль через 3, 6, 12 месяцев, контроль за анализами крови.

**К задаче №3:**

1. Вторичное метастатическое поражение легких, развитие синдрома системного воспалительного ответа, сепсиса.

2. Изменения со стороны легких следует трактовать как осложнение основного заболевания, т.е. как метастатический гнойный очаг.

3. Оно как правило двустороннее, вначале протекает с малыми физикальнцми данными, быстро прогрессируют деструктивные процессы, осложняющиеся пиопневмотораксом, легочным кровотечением.

4. Пункция плевральной полости, с целью эвакуации пиоторакса, снятия внутригрудного (внутриплеврального) напряжения.

5. Своевременная диагностика, адекватная декомпрессивная трепанация и санация воспалительного очага в костной ткани.

**К задаче №4:**

1. Хронический остеомиелит правого бедра, стадия образования секвестра и свищей.

2. Фустулография.

3. Оперативное лечение.

4. Иссечение свища, удаление секвестра.

5. Своевременная диагностика ОГО, адекватное оперативное лечение ОГО.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит шейки бедра.

2. Наиболее информативный метод: остеопункция с цитологическим исследованием пунктата.

3. Лечебная тактика: операция без инфузионной подготовки.

4. Послеоперационное ведение: антибактериальное лечение, дезинтоксикационноя терапия, ингибиторы протеолиза, симптоматическая терапия, экстрокорпоральная детоксикация.

5. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза (выделить характерные для ОГО данные)
2. Определение степени нарушения функции конечностей
3. Оценка диагностической остеопункции, остеоангиографии
4. Чтение рентгенограмм, лабораторных данных
5. Проведение дифференциальной диагностики
6. Обоснование диагноза
7. Выбор лечебной тактики
8. Проведение предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.
9. Остеопункция
10. Оперативное вмешательство при остром гематогенном остеомиелите

**1.Тема: «Острый гематогенный остеомиелит. Лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Методы лечения ОГО
2. Показания к консервативному лечению
3. Показание к оперативному лечению
4. Этиопатогенез ОГО
5. Ведение предоперационного периода
6. Ведение послеоперационного периода

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВИЧНО ПРИ ОГО?

1. Надкостница
2. Кортикальный слой
3. Костный мозг
4. Хрящевая пластинка в ростковой зоне
5. Соединительно-тканная основа

2. ДЛЯ РЕНТГЕНОРЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АБСЦЕССА БРОДИ ХАРАКТЕРНОР:

1. Наличие костной полости с наличием мелких секвестров
2. Наличие костной полости с перифокальным остеосклерозом
3. Диффузное изменение костной ткани
4. Пятнистый остеопороз
5. Периостит

3. УКАЖИТЕ ЗОНУ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОГО У СТАРШИХ ДЕТЕЙ:

1. Метафиз
2. Диафиз
3. Эпифиз
4. Ростковый хрящ
5. Любой участок

4. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ГАРРЕ:

1. Экссудат с большим содержанием белка-муцина
2. Гной
3. Хрящевая ткань
4. Коллагеновые волокна
5. Кровь

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Рентгенография
2. Сканирование
3. Исследование с применением жидких кристаллов
4. Цитологическое исследование
5. КТ

6. ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ ПРИ ОГО:

1. Боли «центрального» происхождения
2. Раздражение рецепторов кожи при отёке
3. Повышение внутрикостного давления
4. Гибель нервных окончаний надкостницы
5. Атрофия в костно-мозговом канале нервных окончаний

7. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОЛЛЬЕ:

1. Гной
2. Фиброзная ткань
3. Муцин
4. Секвестр
5. Кровь

8. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЕ ВНУТРИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ:

1. 60-80 мм водного столба
2. 130-150 мм водного столба
3. 250 мм водного столба
4. 40 мм водного столба
5. 20-30 мм водного столба

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОРАЖЕНИЯ КОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕМИЕЛИТЕ:

1. Эпифиз
2. Диафиз
3. Метафиз
4. Сустав
5. Любой участок

10.НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ КОСТИ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ:

1. На 1 и 2 сутки
2. 3 и 4 сутки
3. к концу второй начало третье недели
4. Через месяц
5. Через 1,5 месяца

**Ответы к тестам по теме:**

1. в
2. а
3. б
4. б
5. г
6. в
7. в
8. а
9. б
10. в

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У ребёнка 10 лет появились боли в области правой большеберцовой кости, повысилась температура до 38,5ºС. Накануне получил травму в области в/3 голени слева.

Объективно: конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована кнаружи. Местно определяется повышение температуры, перкуторно точка наибольшей болезненности в проксимальном метафизе б/берцовой кости слева. Движения в конечности ограничены из-за болей. Давность заболевания 3 суток. Рентгенографии б/берцовой кости патологии не выявила.

В OAK: лейкоцитов 18,5×109/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите способ уточнения диагноза.

3. Укажите способ лечения.

4. Укажите анитбиотики, тропные к костной ткани.

5. Реабилитация.

**Задача №2**

У ребёнка с болями в коленном суставе, беспокоящими его в течение 6 месяцев, на рентгенограмме выявлена костная полость с перифокальным остеосклерозом в метафизе большеберцовой кости и мелким фрагментом в центре полости.

Задания:

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. В какую группу заболеваний входит выбранный Вами вариант диагноза?

3. С какой патологией следует дифференцировать это заболевание?

4. Какое лечение показано данному больному?

5. Как проводится реабилитация и диспансеризация при данном заболевании в амбулаторных условиях?

**Задача №3**

У больного 12 лет, находящегося на лечении по поводу ОГО в/3 правого бедра, на фоне проводимой терапии появилось ухудшение общего состояния за счёт выраженной дыхательной недостаточности и интоксикационного синдрома.

На рентгенограмме грудной клетки выявлены тотальное затемнение в области левого гемиторакса и смещение средостения в правую сторону.

Задания:

1. Укажите причину ухудшения состояния у больного.

2. Как следует трактовать изменения со стороны лёгких?

3. Укажите наиболее характерные признаки течения данного осложнения.

4. Укажите экстренное мероприятие, необходимое в данной ситуации.

5. Профилактика данного осложнения.

**Задача №4**

У ребенка после лечения ОГО правого бедра через 2 года появились припухлость, гиперемия мягких тканей и сформировался гнойный очаг, по поводу чего он получал лечение – вскрытие гнойника. Рана длительно не заживала, образовался свищ.

На рентгенограмме в правой бедренной кости имеется значительное утолщение кортикального слоя с полостью, в которой находится секвестр. Температура субфебрильная.

ОАК: умеренный лейкоцитоз.

Задание:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы исследования.

3. Определите лечебную тактику.

4. Укажите объём хирургического пособия.

5. Профилактика.

**Задача №5**

В клинику поступил ребёнок 8 лет с жалобами на боли в в/3 правого бедра, высокую температуру до 39°- 40° С.

Из анамнеза известно, что ребенок 3 дня назад ударился правым бедром, обращался в травмпункт, R-логически исключили перелом кости.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражена интоксикация. Со стороны внутренних органов – без патологии.

Локально: в в/3 правого бедра – припухлость, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, движения в тазобедренном суставе ограничены, осевая нагрузка болезненна.

В анализе крови: лейкоцитоз до 16×109/л, СОЭ 45 мм/час.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Укажите какой метод наиболее информативен для подтверждения диагноза?

3. Какая лечебная тактика показана ребенку?

4. Принципы консервативного лечения в послеоперационном периоде.

5. Какие антибиотики тропны к кости при лечении ОГО?

**Эталоны ответов к задачам:**

**К задаче №1:**

1. Острый гематогенный остеомиелит левой б/берцовой кости, локальная форма, рентгеннегативная стадия.

2. Остеопункция, остеоангиография, исследование гранулоцитограммы.

3. Фрезевая остеоперфорация.

4. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

5. Наблюдение хирурга в течение 6-12 месяцев с рентгенологическим контролем.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеомиелит Броди.

2. Группа первично-хронических остеомиелитов.

3. Дифференцировать с опухолями костей: остеогенной саркомой, остеоид-остеомой, костной кистой.

4. Показано хирургическое лечение – удаление секвестра, выскабливание, санация, дренирование костной полости.

5. Реабилитация в амбулаторных условиях: освобождение от физкультуры на 1 год, витаминотерапия, применение препаратов кальция. Диспансеризация – динамически контроль за состоянием ребенка, рентгенологический контроль через 3, 6, 12 месяцев, контроль за анализами крови.

**К задаче №3:**

1. Вторичное метастатическое поражение легких, развитие синдрома системного воспалительного ответа, сепсиса.

2. Изменения со стороны легких следует трактовать как осложнение основного заболевания, т.е. как метастатический гнойный очаг.

3. Оно как правило двустороннее, вначале протекает с малыми физикальнцми данными, быстро прогрессируют деструктивные процессы, осложняющиеся пиопневмотораксом, легочным кровотечением.

4. Пункция плевральной полости, с целью эвакуации пиоторакса, снятия внутригрудного (внутриплеврального) напряжения.

5. Своевременная диагностика, адекватная декомпрессивная трепанация и санация воспалительного очага в костной ткани.

**К задаче №4:**

1. Хронический остеомиелит правого бедра, стадия образования секвестра и свищей.

2. Фустулография.

3. Оперативное лечение.

4. Иссечение свища, удаление секвестра.

5. Своевременная диагностика ОГО, адекватное оперативное лечение ОГО.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит шейки бедра.

2. Наиболее информативный метод: остеопункция с цитологическим исследованием пунктата.

3. Лечебная тактика: операция без инфузионной подготовки.

4. Послеоперационное ведение: антибактериальное лечение, дезинтоксикационноя терапия, ингибиторы протеолиза, симптоматическая терапия, экстрокорпоральная детоксикация.

5. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза (выделить характерные для ОГО данные)
2. Определение степени нарушения функции конечностей
3. Оценка диагностической остеопункции, остеоангиографии
4. Чтение рентгенограмм, лабораторных данных
5. Проведение дифференциальной диагностики
6. Обоснование диагноза
7. Выбор лечебной тактики
8. Проведение предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.
9. Остеопункция
10. Оперативное вмешательство при остром гематогенном остеомиелите

**1.Тема: «Острый гематогенный остеомиелит. Хронический остеомиелит»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Этиопатогенез ХО

2.Классификация ХО

3.Клиническая картина ХО

4.Методы диагностики ХО

5.Дифференциальная диагностика

6.Ведение предоперационного периода

7.Принципы основных операций

8.Ведение послеоперационного периода

9.Вопросы реабилитации и диспансеризации.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ ПЕРВИЧНО ПРИ ОГО?

1. Надкостница
2. Кортикальный слой
3. Костный мозг
4. Хрящевая пластинка в ростковой зоне
5. Соединительно-тканная основа

2. ДЛЯ РЕНТГЕНОРЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АБСЦЕССА БРОДИ ХАРАКТЕРНОР:

1. Наличие костной полости с наличием мелких секвестров
2. Наличие костной полости с перифокальным остеосклерозом
3. Диффузное изменение костной ткани
4. Пятнистый остеопороз
5. Периостит

3. УКАЖИТЕ ЗОНУ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОГО У СТАРШИХ ДЕТЕЙ:

1. Метафиз
2. Диафиз
3. Эпифиз
4. Ростковый хрящ
5. Любой участок

4. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ГАРРЕ:

1. Экссудат с большим содержанием белка-муцина
2. Гной
3. Хрящевая ткань
4. Коллагеновые волокна
5. Кровь

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Рентгенография
2. Сканирование
3. Исследование с применением жидких кристаллов
4. Цитологическое исследование
5. КТ

6. ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ ПРИ ОГО:

1. Боли «центрального» происхождения
2. Раздражение рецепторов кожи при отёке
3. Повышение внутрикостного давления
4. Гибель нервных окончаний надкостницы
5. Атрофия в костно-мозговом канале нервных окончаний

7. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СОДЕРЖИМОГО КОСТНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОЛЛЬЕ:

1. Гной
2. Фиброзная ткань
3. Муцин
4. Секвестр
5. Кровь

8. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЕ ВНУТРИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ:

1. 60-80 мм водного столба
2. 130-150 мм водного столба
3. 250 мм водного столба
4. 40 мм водного столба
5. 20-30 мм водного столба

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОРАЖЕНИЯ КОСТИ ПРИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ОСТЕМИЕЛИТЕ:

1. Эпифиз
2. Диафиз
3. Метафиз
4. Сустав
5. Любой участок

10.НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ КОСТИ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ:

1. На 1 и 2 сутки
2. 3 и 4 сутки
3. к концу второй начало третье недели
4. Через месяц
5. Через 1,5 месяца

**Ответы к тестам по теме:**

1. в
2. а
3. б
4. б
5. г
6. в
7. в
8. а
9. б
10. в

5. **Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У ребёнка 10 лет появились боли в области правой большеберцовой кости, повысилась температура до 38,5ºС. Накануне получил травму в области в/3 голени слева.

Объективно: конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована кнаружи. Местно определяется повышение температуры, перкуторно точка наибольшей болезненности в проксимальном метафизе б/берцовой кости слева. Движения в конечности ограничены из-за болей. Давность заболевания 3 суток. Рентгенографии б/берцовой кости патологии не выявила.

В OAK: лейкоцитов 18,5×109/л, СОЭ 43 мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите способ уточнения диагноза.

3. Укажите способ лечения.

4. Укажите анитбиотики, тропные к костной ткани.

5. Реабилитация.

**Задача №2**

У ребёнка с болями в коленном суставе, беспокоящими его в течение 6 месяцев, на рентгенограмме выявлена костная полость с перифокальным остеосклерозом в метафизе большеберцовой кости и мелким фрагментом в центре полости.

Задания:

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. В какую группу заболеваний входит выбранный Вами вариант диагноза?

3. С какой патологией следует дифференцировать это заболевание?

4. Какое лечение показано данному больному?

5. Как проводится реабилитация и диспансеризация при данном заболевании в амбулаторных условиях?

**Задача №3**

У больного 12 лет, находящегося на лечении по поводу ОГО в/3 правого бедра, на фоне проводимой терапии появилось ухудшение общего состояния за счёт выраженной дыхательной недостаточности и интоксикационного синдрома.

На рентгенограмме грудной клетки выявлены тотальное затемнение в области левого гемиторакса и смещение средостения в правую сторону.

Задания:

1. Укажите причину ухудшения состояния у больного.

2. Как следует трактовать изменения со стороны лёгких?

3. Укажите наиболее характерные признаки течения данного осложнения.

4. Укажите экстренное мероприятие, необходимое в данной ситуации.

5. Профилактика данного осложнения.

**Задача №4**

У ребенка после лечения ОГО правого бедра через 2 года появились припухлость, гиперемия мягких тканей и сформировался гнойный очаг, по поводу чего он получал лечение – вскрытие гнойника. Рана длительно не заживала, образовался свищ.

На рентгенограмме в правой бедренной кости имеется значительное утолщение кортикального слоя с полостью, в которой находится секвестр. Температура субфебрильная.

ОАК: умеренный лейкоцитоз.

Задание:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы исследования.

3. Определите лечебную тактику.

4. Укажите объём хирургического пособия.

5. Профилактика.

**Задача №5**

В клинику поступил ребёнок 8 лет с жалобами на боли в в/3 правого бедра, высокую температуру до 39°- 40° С.

Из анамнеза известно, что ребенок 3 дня назад ударился правым бедром, обращался в травмпункт, R-логически исключили перелом кости.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражена интоксикация. Со стороны внутренних органов – без патологии.

Локально: в в/3 правого бедра – припухлость, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, движения в тазобедренном суставе ограничены, осевая нагрузка болезненна.

В анализе крови: лейкоцитоз до 16×109/л, СОЭ 45 мм/час.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Укажите какой метод наиболее информативен для подтверждения диагноза?

3. Какая лечебная тактика показана ребенку?

4. Принципы консервативного лечения в послеоперационном периоде.

5. Какие антибиотики тропны к кости при лечении ОГО?

**Эталоны ответов к задачам:**

**К задаче №1:**

1. Острый гематогенный остеомиелит левой б/берцовой кости, локальная форма, рентгеннегативная стадия.

2. Остеопункция, остеоангиография, исследование гранулоцитограммы.

3. Фрезевая остеоперфорация.

4. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

5. Наблюдение хирурга в течение 6-12 месяцев с рентгенологическим контролем.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: Остеомиелит Броди.

2. Группа первично-хронических остеомиелитов.

3. Дифференцировать с опухолями костей: остеогенной саркомой, остеоид-остеомой, костной кистой.

4. Показано хирургическое лечение – удаление секвестра, выскабливание, санация, дренирование костной полости.

5. Реабилитация в амбулаторных условиях: освобождение от физкультуры на 1 год, витаминотерапия, применение препаратов кальция. Диспансеризация – динамически контроль за состоянием ребенка, рентгенологический контроль через 3, 6, 12 месяцев, контроль за анализами крови.

**К задаче №3:**

1. Вторичное метастатическое поражение легких, развитие синдрома системного воспалительного ответа, сепсиса.

2. Изменения со стороны легких следует трактовать как осложнение основного заболевания, т.е. как метастатический гнойный очаг.

3. Оно как правило двустороннее, вначале протекает с малыми физикальнцми данными, быстро прогрессируют деструктивные процессы, осложняющиеся пиопневмотораксом, легочным кровотечением.

4. Пункция плевральной полости, с целью эвакуации пиоторакса, снятия внутригрудного (внутриплеврального) напряжения.

5. Своевременная диагностика, адекватная декомпрессивная трепанация и санация воспалительного очага в костной ткани.

**К задаче №4:**

1. Хронический остеомиелит правого бедра, стадия образования секвестра и свищей.

2. Фустулография.

3. Оперативное лечение.

4. Иссечение свища, удаление секвестра.

5. Своевременная диагностика ОГО, адекватное оперативное лечение ОГО.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит шейки бедра.

2. Наиболее информативный метод: остеопункция с цитологическим исследованием пунктата.

3. Лечебная тактика: операция без инфузионной подготовки.

4. Послеоперационное ведение: антибактериальное лечение, дезинтоксикационноя терапия, ингибиторы протеолиза, симптоматическая терапия, экстрокорпоральная детоксикация.

5. Антибиотики, тропные к костям: линкомицин, цефалоспорины, канамицин.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза (выделить характерные для ОГО данные)
2. Определение степени нарушения функции конечностей
3. Оценка диагностической остеопункции, остеоангиографии
4. Чтение рентгенограмм, лабораторных данных
5. Проведение дифференциальной диагностики
6. Обоснование диагноза
7. Выбор лечебной тактики
8. Проведение предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.
9. Остеопункция
10. Оперативное вмешательство при остром гематогенном остеомиелите

**1.Тема: «Кровотечения желудочно-кишечного тракта. Из верхних отделов».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Классификация видов кровотечений из ЖКТ у детей
2. Причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ
3. Патогенез кровотечения
4. Частота кровотечений в зависимости от возраста
5. Клиника кровотечений при различных локализациях патологического процесса в ЖКТ

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТАНОВИВШЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ

1. адинамия
2. нормализация АД
3. снижение АД
4. повышение АД
5. нормальный цвет кожных покровов

2. ПРИ ИНДЕКСЕ АЛЬГОВЕРА РАВНОМ 1 КРОВОПОТЕРЯ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5% ОТ ОЦК
2. 10-15% ОТ ОЦК
3. 20-30% ОТ ОЦК
4. 35-40% ОТ ОЦК
5. 30-50% ОТ ОЦК

3. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЕККЕЛЕВА ДИВЕРТИКУЛА ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ

1. эрозивно-язвенным процессом за счет дистопии клеток поджелудочной железы и желудка в стенку дивертикула
2. воспалительным процессом в слизистой оболочке
3. перекрутом дивертикула
4. некрозом дивертикула
5. опухолью дивертикула

4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ, КАК ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. ФГС
2. колоноскопию
3. ирригографию
4. пневмоирригографию
5. обзорный снимок брюшной полости и грудной клетки

5. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА

1. антральный отдел желудка
2. кардиальный отдел желудка
3. большая кривизна желудка
4. ДПК
5. тощая кишка

6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ КРОВОПОТЕРИ НЕОБХОДИМО ПЕРЕЛИВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ КРОВИ В ОБЪЕМЕ

1. соответствующем дефициту ОЦК
2. соответствующем половине дефицита ОЦК
3. превышающем дефицит ОЦК в 2 раза
4. соответствующем 1/3 ОЦК
5. соответствующем 2/3 ОЦК

7. ПРИЧИНАМИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

1. опухоли
2. неспецифический язвенный колит
3. синдром Пейтца-Егерса
4. дизентерия
5. дивертикул Меккеля

8. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИЯМИ ИЗ-ЗА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ

1. гемофилия
2. болезнь Верльгофа
3. болезнь Шенляйн-Геноха
4. тромбоцитопения
5. тромбоцитоз

9. КРОВОТОЧАЩИЙ МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. до года
2. от 1 года до 3-х лет
3. в 6-7 лет
4. в 7-14 лет
5. старше 14 лет

10. К ИНГИБИТОРАМ ПРОТЕОЛИЗА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. амбен
2. трасилол
3. контрикал
4. ацетилсалициловая кислота
5. аминокапроновая кислота

**Ответы к тестам по теме:**

1. 2
2. 3
3. 1
4. 1
5. 2
6. 1
7. 3
8. 5
9. 5
10. 4

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В стационар поступил больной 10 лет, получавший в течение длительного времени гормональную терапию в виде таблетированных форм, у которого внезапно появились боли в эпигастрии, рвота со сгустками крови.

Объективно: состояние тяжёлое, вялый, адинамичный, кожные покровы бледные, АД 90/55 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, частотой 90 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезнен, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

В OAK: Hb 83 г/л, Ht 24%, эр. 2,1 х 1012/л.

Задания:

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Назначьте обследование.

3. Чему равен шоковый индекс (ШИ) Альговера?

4. Какую степень кровопотери можно поставить данному больному и сколько процентов это составляет?

5. Укажите лечебную тактику.

**Задача №2**

У больного 5 лет с ранее установленным диагнозом «внепечёночным блок портального кровообращения (ВБПК)», причиной которого явилась врожденная аномалия v. рortae появилась рвота «кофейной гущей», стул черного цвета.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс 120 уд./мин, АД 80/40 мм рт. ст.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите факторы, обусловливающие осложнение.

3. Назовите наиболее информативные методы обследования.

4. Укажите тактику лечения.

5. Реабилитация.

**Задача №3**

У ребенка 3 лет периодически появляются боли в области мезогастрия. В анамнезе отмечалось длительное мокнутие пупочной ранки, имелись 2 эпизода примеси крови в испражнениях.

На момент поступления у ребенка вновь возникли боли в животе, появилась кровь в испражнениях вишневого цвета, общее состояние ребенка страдает незначительно, живот мягкий, болезненный в области пупка, больше справа, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Определите алгоритм обследования.

3. Определите тактику лечения.

4. Укажите объем оперативного вмешательства.

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребенка 8 лет имеется хроническое кровотечение из нижних отделов ЖКТ, сопровождающееся умеренным болевым синдромом и анемизацией. Первые симптомы заболевания появились около полугода назад. Ребенок отстает в физическом развитии, кожные покровы бледные, при пальпации отмечается болезненность по ходу толстой кишки.

В ОАК: эритропения, повышенное количество ретикулоцитов.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Укажите лечебную тактику.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

На приём к педиатру обратилась мать с пятилетним ребёнком с жалобами на повторную рвоту с кровью, чёрного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери, указанные симптомы появились у мальчика двое суток назад.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная бледность кожных покровов, слабого наполнения пульс, тахикардия до 100 уд/мин АД 90/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная селезёнка. Печень не увеличена.

В анализе крови: НЬ - 80 г/л, эр - 2,0×1012/л, Ht - 27%.

Задания:

1. Составьте план обследования.

2. Какова степень кровопотери по схеме Гранта?

3. Уровень кровотечения по локализации.

4. Ваш предположительный диагноз?

5. Укажите алгоритм действий врача при продолжающемся кровотечении из ЖКТ у ребёнка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Гормональная язва желудка или ДПК.

2. Диагностический алгоритм: OAK, исследование системы гемостаза, групповая и резус-совместимость, ФЭГДС.

3. Шоковый индекс Альговера равен: 90/90=1,0.

4. 1 -я степень кровопотери, потеря ОЦК до 30%.

5. Лечебная тактика: консервативная гемостатическая терапия, коагуляция места кровотечения.

**К задаче №2:**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, стадия декомпенсации, пищеводно-желудочное кровотечение.

2. Криз в портальной системе, варикозное расширение вен пищевода, желудка, гиперацидное состояние.

3. План обследования: УЗИ с допплерографией, ФГС, лабораторное обследование крови.

4. Тактика: восполнение ОЦК с применением кристаллоидных препаратов, применение препаратов, избирательно снижающих объем кровотока в портальной системе (сандостатин, питуитрин М), консервативные методы остановки кровотечения, при их безуспешности – операции порто-системного шунтирования.

5. Реабилитация: ограничение физических нагрузок, соблюдение диеты, контроль за гомеостазом, повторные (2-3 раза в год) УЗИ, ЭФГДС, наблюдение хирурга.

**К задаче №3:**

1. Кровотечение из ЖКТ, вероятнее всего Меккелева дивертикула.

2. ОАК, ЭФГДС, колоноскопия, лапароскопия.

3. Оперативное лечение.

4. Резекция Меккелева дивертикула.

5. Ограничение физической активности 2 месяца, контрольное исследование крови, наблюдение хирурга.

**К задаче №4:**

1. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ (толстая кишка).

2. Колоноскопия, исследование гемостаза.

3. Наиболее вероятна между полипозом тостой кишки и некротическим язвенным колитом.

4. Консервативное лечение.

5. Ребенок должен находиться на диспансерном наблюдении у педиатра, проктолога, периодически получать противорецидивное лечение, симптоматическую, заместительную терапию, при неэффективности – оформление на инвалидность.

**К задаче №5:**

1. План обследования: УЗИ печени с допплерографией, ФГС.

2. Степень кровопотери по Гранту: потеря 30% ОЦК.

3. Уровень кровотечения: верхние отделы ЖКТ (пищевод, желудок).

4. Предположительный диагноз: ВБПК, осложнённый пищеводно-желудочным кровотечением.

5. Алгоритм действий: строгий постельный режим, холод на живот, определить группу крови, резус фактор, определить степень кровопотери, начать переливание кристаллоидных растворов, СЗП из расчета 30-50 мл/кг массы, эритроцитарной массы, установить причину и локализацию кровотечения, ФГС контроль на наличие продолжающегося кровотечения.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД и частоты пульса
3. Пальпация и перкуссия живота
4. Определение границ и размеров печени и селезенки
5. Ректальное пальцевое исследование
6. Интерпретация инст­рументальных и рентгенологических методов обследования
7. Определение групп крови
8. Определение степени кровопотери (шоковый индекс Альговера, схема Гранта)
9. Проведение консервативной терапии
10. Оказание неотложной помощи
11. Выбор лечебной тактики
12. Оформление истории болезни.

**1.Тема: «Кровотечения желудочно-кишечного тракта Из нижних отделов».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Причины кровотечений из нижних отделов ЖКТ

2.Диагностика желудочно-кишечных кровотечений

3.Лабораторная диагностика

4.Дифференциальная диагностика

5.Диагностика геморрагического шока

6.Лечебная тактика при ЖК кровотечениях

7.Консервативное лечение детей с кровотечениями из ЖКТ.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТАНОВИВШЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ

1. адинамия
2. нормализация АД
3. снижение АД
4. повышение АД
5. нормальный цвет кожных покровов

2. ПРИ ИНДЕКСЕ АЛЬГОВЕРА РАВНОМ 1 КРОВОПОТЕРЯ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5% ОТ ОЦК
2. 10-15% ОТ ОЦК
3. 20-30% ОТ ОЦК
4. 35-40% ОТ ОЦК
5. 30-50% ОТ ОЦК

3. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЕККЕЛЕВА ДИВЕРТИКУЛА ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ

1. эрозивно-язвенным процессом за счет дистопии клеток поджелудочной железы и желудка в стенку дивертикула
2. воспалительным процессом в слизистой оболочке
3. перекрутом дивертикула
4. некрозом дивертикула
5. опухолью дивертикула

4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ, КАК ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. ФГС
2. колоноскопию
3. ирригографию
4. пневмоирригографию
5. обзорный снимок брюшной полости и грудной клетки

5. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА

1. антральный отдел желудка
2. кардиальный отдел желудка
3. большая кривизна желудка
4. ДПК
5. тощая кишка

6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ КРОВОПОТЕРИ НЕОБХОДИМО ПЕРЕЛИВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ КРОВИ В ОБЪЕМЕ

1. соответствующем дефициту ОЦК
2. соответствующем половине дефицита ОЦК
3. превышающем дефицит ОЦК в 2 раза
4. соответствующем 1/3 ОЦК
5. соответствующем 2/3 ОЦК

7. ПРИЧИНАМИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

1. опухоли
2. неспецифический язвенный колит
3. синдром Пейтца-Егерса
4. дизентерия
5. дивертикул Меккеля

8. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КОАГУЛОПАТИЯМИ ИЗ-ЗА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ

1. гемофилия
2. болезнь Верльгофа
3. болезнь Шенляйн-Геноха
4. тромбоцитопения
5. тромбоцитоз

9. КРОВОТОЧАЩИЙ МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. до года
2. от 1 года до 3-х лет
3. в 6-7 лет
4. в 7-14 лет
5. старше 14 лет

10. К ИНГИБИТОРАМ ПРОТЕОЛИЗА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. амбен
2. трасилол
3. контрикал
4. ацетилсалициловая кислота
5. аминокапроновая кислота

**Ответы к тестам по теме:**

1. 2
2. 3
3. 1
4. 1
5. 2
6. 1
7. 3
8. 5
9. 5
10. 4

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

В стационар поступил больной 10 лет, получавший в течение длительного времени гормональную терапию в виде таблетированных форм, у которого внезапно появились боли в эпигастрии, рвота со сгустками крови.

Объективно: состояние тяжёлое, вялый, адинамичный, кожные покровы бледные, АД 90/55 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, частотой 90 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезнен, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

В OAK: Hb 83 г/л, Ht 24%, эр. 2,1 х 1012/л.

Задания:

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Назначьте обследование.

3. Чему равен шоковый индекс (ШИ) Альговера?

4. Какую степень кровопотери можно поставить данному больному и сколько процентов это составляет?

5. Укажите лечебную тактику.

**Задача №2**

У больного 5 лет с ранее установленным диагнозом «внепечёночным блок портального кровообращения (ВБПК)», причиной которого явилась врожденная аномалия v. рortae появилась рвота «кофейной гущей», стул черного цвета.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс 120 уд./мин, АД 80/40 мм рт. ст.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите факторы, обусловливающие осложнение.

3. Назовите наиболее информативные методы обследования.

4. Укажите тактику лечения.

5. Реабилитация.

**Задача №3**

У ребенка 3 лет периодически появляются боли в области мезогастрия. В анамнезе отмечалось длительное мокнутие пупочной ранки, имелись 2 эпизода примеси крови в испражнениях.

На момент поступления у ребенка вновь возникли боли в животе, появилась кровь в испражнениях вишневого цвета, общее состояние ребенка страдает незначительно, живот мягкий, болезненный в области пупка, больше справа, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Определите алгоритм обследования.

3. Определите тактику лечения.

4. Укажите объем оперативного вмешательства.

5. Реабилитация.

**Задача №4**

У ребенка 8 лет имеется хроническое кровотечение из нижних отделов ЖКТ, сопровождающееся умеренным болевым синдромом и анемизацией. Первые симптомы заболевания появились около полугода назад. Ребенок отстает в физическом развитии, кожные покровы бледные, при пальпации отмечается болезненность по ходу толстой кишки.

В ОАК: эритропения, повышенное количество ретикулоцитов.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Укажите лечебную тактику.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

На приём к педиатру обратилась мать с пятилетним ребёнком с жалобами на повторную рвоту с кровью, чёрного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери, указанные симптомы появились у мальчика двое суток назад.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная бледность кожных покровов, слабого наполнения пульс, тахикардия до 100 уд/мин АД 90/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная селезёнка. Печень не увеличена.

В анализе крови: НЬ - 80 г/л, эр - 2,0×1012/л, Ht - 27%.

Задания:

1. Составьте план обследования.

2. Какова степень кровопотери по схеме Гранта?

3. Уровень кровотечения по локализации.

4. Ваш предположительный диагноз?

5. Укажите алгоритм действий врача при продолжающемся кровотечении из ЖКТ у ребёнка.

**Эталоны ответов к задачам по теме:**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: Гормональная язва желудка или ДПК.

2. Диагностический алгоритм: OAK, исследование системы гемостаза, групповая и резус-совместимость, ФЭГДС.

3. Шоковый индекс Альговера равен: 90/90=1,0.

4. 1 -я степень кровопотери, потеря ОЦК до 30%.

5. Лечебная тактика: консервативная гемостатическая терапия, коагуляция места кровотечения.

**К задаче №2:**

1. Внепеченочный блок портального кровообращения, стадия декомпенсации, пищеводно-желудочное кровотечение.

2. Криз в портальной системе, варикозное расширение вен пищевода, желудка, гиперацидное состояние.

3. План обследования: УЗИ с допплерографией, ФГС, лабораторное обследование крови.

4. Тактика: восполнение ОЦК с применением кристаллоидных препаратов, применение препаратов, избирательно снижающих объем кровотока в портальной системе (сандостатин, питуитрин М), консервативные методы остановки кровотечения, при их безуспешности – операции порто-системного шунтирования.

5. Реабилитация: ограничение физических нагрузок, соблюдение диеты, контроль за гомеостазом, повторные (2-3 раза в год) УЗИ, ЭФГДС, наблюдение хирурга.

**К задаче №3:**

1. Кровотечение из ЖКТ, вероятнее всего Меккелева дивертикула.

2. ОАК, ЭФГДС, колоноскопия, лапароскопия.

3. Оперативное лечение.

4. Резекция Меккелева дивертикула.

5. Ограничение физической активности 2 месяца, контрольное исследование крови, наблюдение хирурга.

**К задаче №4:**

1. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ (толстая кишка).

2. Колоноскопия, исследование гемостаза.

3. Наиболее вероятна между полипозом тостой кишки и некротическим язвенным колитом.

4. Консервативное лечение.

5. Ребенок должен находиться на диспансерном наблюдении у педиатра, проктолога, периодически получать противорецидивное лечение, симптоматическую, заместительную терапию, при неэффективности – оформление на инвалидность.

**К задаче №5:**

1. План обследования: УЗИ печени с допплерографией, ФГС.

2. Степень кровопотери по Гранту: потеря 30% ОЦК.

3. Уровень кровотечения: верхние отделы ЖКТ (пищевод, желудок).

4. Предположительный диагноз: ВБПК, осложнённый пищеводно-желудочным кровотечением.

5. Алгоритм действий: строгий постельный режим, холод на живот, определить группу крови, резус фактор, определить степень кровопотери, начать переливание кристаллоидных растворов, СЗП из расчета 30-50 мл/кг массы, эритроцитарной массы, установить причину и локализацию кровотечения, ФГС контроль на наличие продолжающегося кровотечения.

**6. Перечень практических умений:**

1. Сбор анамнеза
2. Измерение АД и частоты пульса
3. Пальпация и перкуссия живота
4. Определение границ и размеров печени и селезенки
5. Ректальное пальцевое исследование
6. Интерпретация инст­рументальных и рентгенологических методов обследования
7. Определение групп крови
8. Определение степени кровопотери (шоковый индекс Альговера, схема Гранта)
9. Проведение консервативной терапии
10. Оказание неотложной помощи
11. Выбор лечебной тактики
12. Оформление истории болезни.

**1.Тема: «Врожденная кишечная непроходимость. Высокая врожденная кишечная непроходимость».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Перечислить основные этапы эмбриогенеза ЖКТ.
2. Схема нормального поворота кишечника.
3. Роль тератогенных факторов в развитии врожденных пороков ЖКТ.
4. Механизмы формирования пороков развития пищевода, кишечника с позиции дисэмбриогенеза.
5. Классификация пилоростеноза и атрезии желчных ходов.
6. Клиника врожденного пилоростеноза, атрезии желчных ходов.
7. Клиника аноректальных пороков развития у новорожденных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. задержка стула
2. рвота
3. вздутие живота
4. видимая перистальтика кишечника
5. гипотрофия

2. ПРИ ОСТРОЙ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. отсутствие мекония с рождения
2. отхождения слизистых пробок после клизмы
3. мекониальной рвоты на 2-3 сутки жизни
4. стула переходного характера
5. видимой на глаз перистальтики кишечника

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1. ирригоскопию
2. дачу бариевой смеси через рот
3. ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
4. колоноскопию
5. определение активности ацетилхолинэстеразы

4. ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОБЫ ФАРБЕРА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1. кистофиброз поджелудочной железы
2. ложная диафрагмальная грыжа
3. полная врождённая кишечная непроходимость
4. уровень атрезии прямой кишки
5. тяжесть состояния ребёнка

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С ОСТРОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. радикальная операция
2. колостома на восходящий отдел толстой кишки
3. колостома на поперечно-ободочную кишку
4. колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки

6. ВРОЖДЁННАЯ НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

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

7. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. глубокими водно-электролитными нарушениями
2. необратимыми гемодинамическими сдвигами
3. прогрессирующим эндотоксикозом
4. выраженной алиментарной гипотрофией
5. нарастающей дыхательной недостаточностью

8. ДЛЯ СИНДРОМА ЛЕДДА ХАРАКТЕРНО

1. подвижная слепая кишка
2. долихосигма
3. мегаколон
4. спленомегалия
5. заворот тонкой кишки,спайки,высоко расположенная слепая кишка

9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. два газовых пузыря
2. затенение брюшной полости («немой живот»)
3. пневматоз кишечной стенки
4. множественные чаши Клойбера
5. две чаши Клойбера

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. УЗИ
2. компьютерная томография
3. эндоскопический
4. клинический
5. рентгенологический

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 4
3. 1
4. 3
5. 3
6. 3
7. 3
8. 5
9. 4
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У новорождённого с массой тела 3250 г, с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

В анамнезе: 4-я беременность, 2-е роды, 2 мед. аборта. Данная беременность протекала с угрозой прерывания, с обострением хронического пиелонефрита у матери.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какую неотложную помощь необходимо оказать ребёнку?

3. Какие основные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5.Реабилитация.

**Задача №2**

У новорождённого ребёнка в первые часы после рождения появилась рвота с желчью.

В анамнезе: ребёнок от 1 беременности, протекавшей с гестозом первой половины. В ранние сроки беременности роженица находилась на сохранении. При УЗИ отмечено многоводие. Роды на 38 неделе гестации, вес 3200гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, чистые живот несколько увеличен в размерах за счёт верхних отделов, в нижних — запавший, «ладьевидный». Зонд свободно проходит в желудок, получено содержимое застойного характера с желчью. В момент осмотра был мекониальный стул в небольшом количестве.

УЗИ органов брюшной полости: желудок и 12-ти перстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым. Кишечник не лоцируется.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие основные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5. Профилактика каких осложнений должна проводиться в предоперационном периоде?

**Задача №3**

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, болезнен при пальпации, контурируются растянутые петли кишок, перкуторно - симптом «пестроты 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 х 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. Реабилитация больного с данной патологией.

**Задача №4**

В отделение хирургии поступил новорождённый через 3 часа после родов. Состояние ребёнка тяжёлое. АД 40/20 мм. рт. ст., ЧСС 180 уд. в минуту, тахипноэ до 80 в минуту.

Анамнез: Ребёнок от четвертой беременности, 3 родов, родился в срок 36 недель. Матери 35 лет.

При осмотре ребёнка: на передней брюшной стенке, справа от нормально расположенной пуповины, имеется дефект 1,5 х 3 см, через который выпали гиперемированные кишечные петли, с утолщенной стенкой, спаянные друг с другом, покрытые налетом фибрина, кровоизлияний в стенку кишки, брыжейку.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С каким из заболеваниями приходится наиболее часто проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова тактика врача детского хирурга?

4. Укажите причину данной патологию.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

После операции по поводу гастрошизиса у новорождённого на 14 сутки, ухудшилось состояние, появились симптомы нарастающей интоксикации,

вздутие живота. В каловых массах имеются слизь и примесь крови.

В анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, анемия.

Задания:

1. Какое осложнение возникло после операции?

2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Что является абсолютным показанием к операции при подтверждении данного осложнения?

4. Какова длительность антибактериальной терапии при развитии осложнения в послеоперационном периоде?

5. В чем заключается профилактика развития данного осложнения у детей на этапах лечения?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия пищевода.

2. Удалить слизь из ротовой полости, носоглотки, верхних дыхательных путей; обеспечить оптимальные условия микроклимата (кювез), дать увлажнённый кислород, при нарастании дыхательной недостаточности – интубация трахеи.

3. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см длиной), выполнить пробу Элефанта; рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей в вертикальном положении с контрастированием пищевода водорастворимым контрастным веществом, введенным шприцем через зонд (0.5 - 1.0 мл).

4. Перевод в клинику детской хирургии при создании оптимальных условий транспортировки (санация ротоносоглотки через каждые 10-15 минут; вертикальное положение; не поить, не кормить; транспортный кювез); предоперационная подготовка — в отделении реанимации и интенсивной терапии; хирургическая коррекция порока пищевода; комплексное лечение в послеоперационном периоде - в РАО.

5. Наблюдение в течении 3-х лет, профилактика стеноза пищевода, при необходимости его бужирование.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Врождённая высокая кишечная непроходимость

2. Рентгенография органов грудной и брюшной полостей в вертикальном положении

3. Дифференцируемые заболевания: пилороспазм при перинатальном поражении ЦНС, сепсис, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, врождённая низкая кишечная непроходимость.

4. Перевод ребёнка в клинику детской хирургии с соблюдением условий (зонд в желудок, не кормить, не поить, создать условия оптимального микроклимата, профилактика геморрагического синдрома и аспирационных осложнений); предоперационная (реанимационная) подготовка в клинике детской хирургии, хирургическое лечение, комплексная терапия в послеоперационном периоде.

5. Профилактика: геморрагического синдрома; аспирационных осложнений.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через 16-18 часов с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, промежностная

проктопластика. послеоперационная комплексная терапия.

5. Комплексная терапия (противовоспалительные препараты, бужирование аноректальной зоны, физиолечение), контроль функции ЖКТ (регулярность и характер стула). Диспансерное наблюдение в течение 1 года у врача-проктолога, детского хирурга стационара, детской поликлиники.

**К задаче № 4:**

1. Диагноз: ВПР: Гастрошизис.

2. Дифференцируемые заболевания: грыжа пупочного канатика, осложнённая внутриутробным разрывом грыжевых оболочек.

3. Экстренная операция после кратковременной предоперационной

подготовки.

4. Недоразвитие правой прямой мышцы живота, аплазия за счет врожденной аномалии ее кровоснабжения.

5. Наблюдение в течение 1 года, проведение противоспаечной терапии.

**К задаче № 5:**

1. Диагноз: Некротический энтероколит.

2. Рентгенологическое обследование.

3. Свободный газ в брюшной полости.

4. В течение 3-4 недель и более.

5. Комплексное лечение в пред-, во время и послеоперационном периодах заключается в профилактике гипотермии, прогрессирования инфекции, гемодинамических нарушений, гипоксии, дисбактериоза, в устранении висцеро-абдоминальной диспропорции.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценика рентгенологической картины,
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.
7. Зондирование пищевода и желудка
8. Контрастное исследование ЖКТ
9. Зондирование прямой кишки

**1.Тема: «Врожденная кишечная непроходимость. Низкая врожденная кишечная непроходимость».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Клиника аноректальных пороков развития у новорожденных.

2.Современные методы диагностики пилоростеноза и атрезии желчных ходов.

3.Дифференциальная диагностика ВКН.

4.Роль врача общей практики в диагностике, проведении адекватных лечебно-тактических мероприятий на этапах оказания медицинской помощи новорожденным с пороками развития ЖКТ.

5.Реабилитации детей.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. задержка стула
2. рвота
3. вздутие живота
4. видимая перистальтика кишечника
5. гипотрофия

2. ПРИ ОСТРОЙ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. отсутствие мекония с рождения
2. отхождения слизистых пробок после клизмы
3. мекониальной рвоты на 2-3 сутки жизни
4. стула переходного характера
5. видимой на глаз перистальтики кишечника

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1. ирригоскопию
2. дачу бариевой смеси через рот
3. ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
4. колоноскопию
5. определение активности ацетилхолинэстеразы

4. ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОБЫ ФАРБЕРА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1. кистофиброз поджелудочной железы
2. ложная диафрагмальная грыжа
3. полная врождённая кишечная непроходимость
4. уровень атрезии прямой кишки
5. тяжесть состояния ребёнка

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С ОСТРОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. радикальная операция
2. колостома на восходящий отдел толстой кишки
3. колостома на поперечно-ободочную кишку
4. колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки

6. ВРОЖДЁННАЯ НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

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

7. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. глубокими водно-электролитными нарушениями
2. необратимыми гемодинамическими сдвигами
3. прогрессирующим эндотоксикозом
4. выраженной алиментарной гипотрофией
5. нарастающей дыхательной недостаточностью

8. ДЛЯ СИНДРОМА ЛЕДДА ХАРАКТЕРНО

1. подвижная слепая кишка
2. долихосигма
3. мегаколон
4. спленомегалия
5. заворот тонкой кишки,спайки,высоко расположенная слепая кишка

9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. два газовых пузыря
2. затенение брюшной полости («немой живот»)
3. пневматоз кишечной стенки
4. множественные чаши Клойбера
5. две чаши Клойбера

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. УЗИ
2. компьютерная томография
3. эндоскопический
4. клинический
5. рентгенологический

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 4
3. 1
4. 3
5. 3
6. 3
7. 3
8. 5
9. 4
10. 5

**5. Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У новорождённого с массой тела 3250 г, с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

В анамнезе: 4-я беременность, 2-е роды, 2 мед. аборта. Данная беременность протекала с угрозой прерывания, с обострением хронического пиелонефрита у матери.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какую неотложную помощь необходимо оказать ребёнку?

3. Какие основные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5.Реабилитация.

**Задача №2**

У новорождённого ребёнка в первые часы после рождения появилась рвота с желчью.

В анамнезе: ребёнок от 1 беременности, протекавшей с гестозом первой половины. В ранние сроки беременности роженица находилась на сохранении. При УЗИ отмечено многоводие. Роды на 38 неделе гестации, вес 3200гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, чистые живот несколько увеличен в размерах за счёт верхних отделов, в нижних — запавший, «ладьевидный». Зонд свободно проходит в желудок, получено содержимое застойного характера с желчью. В момент осмотра был мекониальный стул в небольшом количестве.

УЗИ органов брюшной полости: желудок и 12-ти перстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым. Кишечник не лоцируется.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие основные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5. Профилактика каких осложнений должна проводиться в предоперационном периоде?

**Задача №3**

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, болезнен при пальпации, контурируются растянутые петли кишок, перкуторно - симптом «пестроты 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 х 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. Реабилитация больного с данной патологией.

**Задача №4**

В отделение хирургии поступил новорождённый через 3 часа после родов. Состояние ребёнка тяжёлое. АД 40/20 мм. рт. ст., ЧСС 180 уд. в минуту, тахипноэ до 80 в минуту.

Анамнез: Ребёнок от четвертой беременности, 3 родов, родился в срок 36 недель. Матери 35 лет.

При осмотре ребёнка: на передней брюшной стенке, справа от нормально расположенной пуповины, имеется дефект 1,5 х 3 см, через который выпали гиперемированные кишечные петли, с утолщенной стенкой, спаянные друг с другом, покрытые налетом фибрина, кровоизлияний в стенку кишки, брыжейку.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С каким из заболеваниями приходится наиболее часто проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова тактика врача детского хирурга?

4. Укажите причину данной патологию.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

После операции по поводу гастрошизиса у новорождённого на 14 сутки, ухудшилось состояние, появились симптомы нарастающей интоксикации,

вздутие живота. В каловых массах имеются слизь и примесь крови.

В анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, анемия.

Задания:

1. Какое осложнение возникло после операции?

2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Что является абсолютным показанием к операции при подтверждении данного осложнения?

4. Какова длительность антибактериальной терапии при развитии осложнения в послеоперационном периоде?

5. В чем заключается профилактика развития данного осложнения у детей на этапах лечения?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия пищевода.

2. Удалить слизь из ротовой полости, носоглотки, верхних дыхательных путей; обеспечить оптимальные условия микроклимата (кювез), дать увлажнённый кислород, при нарастании дыхательной недостаточности – интубация трахеи.

3. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см длиной), выполнить пробу Элефанта; рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей в вертикальном положении с контрастированием пищевода водорастворимым контрастным веществом, введенным шприцем через зонд (0.5 - 1.0 мл).

4. Перевод в клинику детской хирургии при создании оптимальных условий транспортировки (санация ротоносоглотки через каждые 10-15 минут; вертикальное положение; не поить, не кормить; транспортный кювез); предоперационная подготовка — в отделении реанимации и интенсивной терапии; хирургическая коррекция порока пищевода; комплексное лечение в послеоперационном периоде - в РАО.

5. Наблюдение в течении 3-х лет, профилактика стеноза пищевода, при необходимости его бужирование.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Врождённая высокая кишечная непроходимость

2. Рентгенография органов грудной и брюшной полостей в вертикальном положении

3. Дифференцируемые заболевания: пилороспазм при перинатальном поражении ЦНС, сепсис, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, врождённая низкая кишечная непроходимость.

4. Перевод ребёнка в клинику детской хирургии с соблюдением условий (зонд в желудок, не кормить, не поить, создать условия оптимального микроклимата, профилактика геморрагического синдрома и аспирационных осложнений); предоперационная (реанимационная) подготовка в клинике детской хирургии, хирургическое лечение, комплексная терапия в послеоперационном периоде.

5. Профилактика: геморрагического синдрома; аспирационных осложнений.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через 16-18 часов с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, промежностная

проктопластика. послеоперационная комплексная терапия.

5. Комплексная терапия (противовоспалительные препараты, бужирование аноректальной зоны, физиолечение), контроль функции ЖКТ (регулярность и характер стула). Диспансерное наблюдение в течение 1 года у врача-проктолога, детского хирурга стационара, детской поликлиники.

**К задаче № 4:**

1. Диагноз: ВПР: Гастрошизис.

2. Дифференцируемые заболевания: грыжа пупочного канатика, осложнённая внутриутробным разрывом грыжевых оболочек.

3. Экстренная операция после кратковременной предоперационной

подготовки.

4. Недоразвитие правой прямой мышцы живота, аплазия за счет врожденной аномалии ее кровоснабжения.

5. Наблюдение в течение 1 года, проведение противоспаечной терапии.

**К задаче № 5:**

1. Диагноз: Некротический энтероколит.

2. Рентгенологическое обследование.

3. Свободный газ в брюшной полости.

4. В течение 3-4 недель и более.

5. Комплексное лечение в пред-, во время и послеоперационном периодах заключается в профилактике гипотермии, прогрессирования инфекции, гемодинамических нарушений, гипоксии, дисбактериоза, в устранении висцеро-абдоминальной диспропорции.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценика рентгенологической картины,
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.
7. Зондирование пищевода и желудка
8. Контрастное исследование ЖКТ
9. Зондирование прямой кишки
10. Рентгенологическое исследование по Вангенстину.

**1.Тема: «Врожденная кишечная непроходимость. Лечение врожденной кишечной непроходимости».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Показания к оперативному лечению

2.Лечение высокой кишечной непроходимости

3.Лечение низкой врожденной кишечной непроходимости.

4.Осложнения

5.Реабилитации детей.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. задержка стула
2. рвота
3. вздутие живота
4. видимая перистальтика кишечника
5. гипотрофия

2. ПРИ ОСТРОЙ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1. отсутствие мекония с рождения
2. отхождения слизистых пробок после клизмы
3. мекониальной рвоты на 2-3 сутки жизни
4. стула переходного характера
5. видимой на глаз перистальтики кишечника

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1. ирригоскопию
2. дачу бариевой смеси через рот
3. ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
4. колоноскопию
5. определение активности ацетилхолинэстеразы

4. ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОБЫ ФАРБЕРА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1. кистофиброз поджелудочной железы
2. ложная диафрагмальная грыжа
3. полная врождённая кишечная непроходимость
4. уровень атрезии прямой кишки
5. тяжесть состояния ребёнка

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С ОСТРОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

1. радикальная операция
2. колостома на восходящий отдел толстой кишки
3. колостома на поперечно-ободочную кишку
4. колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки

6. ВРОЖДЁННАЯ НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

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

7. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. глубокими водно-электролитными нарушениями
2. необратимыми гемодинамическими сдвигами
3. прогрессирующим эндотоксикозом
4. выраженной алиментарной гипотрофией
5. нарастающей дыхательной недостаточностью

8. ДЛЯ СИНДРОМА ЛЕДДА ХАРАКТЕРНО

1. подвижная слепая кишка
2. долихосигма
3. мегаколон
4. спленомегалия
5. заворот тонкой кишки,спайки,высоко расположенная слепая кишка

9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. два газовых пузыря
2. затенение брюшной полости («немой живот»)
3. пневматоз кишечной стенки
4. множественные чаши Клойбера
5. две чаши Клойбера

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. УЗИ
2. компьютерная томография
3. эндоскопический
4. клинический
5. рентгенологический

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме**

1. 2
2. 4
3. 1
4. 3
5. 3
6. 3
7. 3
8. 5
9. 4
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1**

У новорождённого с массой тела 3250 г, с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

В анамнезе: 4-я беременность, 2-е роды, 2 мед. аборта. Данная беременность протекала с угрозой прерывания, с обострением хронического пиелонефрита у матери.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какую неотложную помощь необходимо оказать ребёнку?

3. Какие основные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5.Реабилитация.

**Задача №2**

У новорождённого ребёнка в первые часы после рождения появилась рвота с желчью.

В анамнезе: ребёнок от 1 беременности, протекавшей с гестозом первой половины. В ранние сроки беременности роженица находилась на сохранении. При УЗИ отмечено многоводие. Роды на 38 неделе гестации, вес 3200гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, чистые живот несколько увеличен в размерах за счёт верхних отделов, в нижних — запавший, «ладьевидный». Зонд свободно проходит в желудок, получено содержимое застойного характера с желчью. В момент осмотра был мекониальный стул в небольшом количестве.

УЗИ органов брюшной полости: желудок и 12-ти перстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым. Кишечник не лоцируется.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие основные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Укажите тактику и методы лечения больного с данной патологией.

5. Профилактика каких осложнений должна проводиться в предоперационном периоде?

**Задача №3**

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, болезнен при пальпации, контурируются растянутые петли кишок, перкуторно - симптом «пестроты 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 х 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. Реабилитация больного с данной патологией.

**Задача №4**

В отделение хирургии поступил новорождённый через 3 часа после родов. Состояние ребёнка тяжёлое. АД 40/20 мм. рт. ст., ЧСС 180 уд. в минуту, тахипноэ до 80 в минуту.

Анамнез: Ребёнок от четвертой беременности, 3 родов, родился в срок 36 недель. Матери 35 лет.

При осмотре ребёнка: на передней брюшной стенке, справа от нормально расположенной пуповины, имеется дефект 1,5 х 3 см, через который выпали гиперемированные кишечные петли, с утолщенной стенкой, спаянные друг с другом, покрытые налетом фибрина, кровоизлияний в стенку кишки, брыжейку.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. С каким из заболеваниями приходится наиболее часто проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова тактика врача детского хирурга?

4. Укажите причину данной патологию.

5. Реабилитация.

**Задача №5**

После операции по поводу гастрошизиса у новорождённого на 14 сутки, ухудшилось состояние, появились симптомы нарастающей интоксикации,

вздутие живота. В каловых массах имеются слизь и примесь крови.

В анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, анемия.

Задания:

1. Какое осложнение возникло после операции?

2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Что является абсолютным показанием к операции при подтверждении данного осложнения?

4. Какова длительность антибактериальной терапии при развитии осложнения в послеоперационном периоде?

5. В чем заключается профилактика развития данного осложнения у детей на этапах лечения?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия пищевода.

2. Удалить слизь из ротовой полости, носоглотки, верхних дыхательных путей; обеспечить оптимальные условия микроклимата (кювез), дать увлажнённый кислород, при нарастании дыхательной недостаточности – интубация трахеи.

3. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см длиной), выполнить пробу Элефанта; рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей в вертикальном положении с контрастированием пищевода водорастворимым контрастным веществом, введенным шприцем через зонд (0.5 - 1.0 мл).

4. Перевод в клинику детской хирургии при создании оптимальных условий транспортировки (санация ротоносоглотки через каждые 10-15 минут; вертикальное положение; не поить, не кормить; транспортный кювез); предоперационная подготовка — в отделении реанимации и интенсивной терапии; хирургическая коррекция порока пищевода; комплексное лечение в послеоперационном периоде - в РАО.

5. Наблюдение в течении 3-х лет, профилактика стеноза пищевода, при необходимости его бужирование.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Врождённая высокая кишечная непроходимость

2. Рентгенография органов грудной и брюшной полостей в вертикальном положении

3. Дифференцируемые заболевания: пилороспазм при перинатальном поражении ЦНС, сепсис, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, врождённая низкая кишечная непроходимость.

4. Перевод ребёнка в клинику детской хирургии с соблюдением условий (зонд в желудок, не кормить, не поить, создать условия оптимального микроклимата, профилактика геморрагического синдрома и аспирационных осложнений); предоперационная (реанимационная) подготовка в клинике детской хирургии, хирургическое лечение, комплексная терапия в послеоперационном периоде.

5. Профилактика: геморрагического синдрома; аспирационных осложнений.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через 16-18 часов с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, промежностная

проктопластика. послеоперационная комплексная терапия.

5. Комплексная терапия (противовоспалительные препараты, бужирование аноректальной зоны, физиолечение), контроль функции ЖКТ (регулярность и характер стула). Диспансерное наблюдение в течение 1 года у врача-проктолога, детского хирурга стационара, детской поликлиники.

**К задаче № 4:**

1. Диагноз: ВПР: Гастрошизис.

2. Дифференцируемые заболевания: грыжа пупочного канатика, осложнённая внутриутробным разрывом грыжевых оболочек.

3. Экстренная операция после кратковременной предоперационной

подготовки.

4. Недоразвитие правой прямой мышцы живота, аплазия за счет врожденной аномалии ее кровоснабжения.

5. Наблюдение в течение 1 года, проведение противоспаечной терапии.

**К задаче № 5:**

1. Диагноз: Некротический энтероколит.

2. Рентгенологическое обследование.

3. Свободный газ в брюшной полости.

4. В течение 3-4 недель и более.

5. Комплексное лечение в пред-, во время и послеоперационном периодах заключается в профилактике гипотермии, прогрессирования инфекции, гемодинамических нарушений, гипоксии, дисбактериоза, в устранении висцеро-абдоминальной диспропорции.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценика рентгенологической картины,
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.
7. Зондирование пищевода и желудка
8. Контрастное исследование ЖКТ
9. Зондирование прямой кишки
10. Рентгенологическое исследование по Вангенстину.

**1.Тема: «Пороки развития пищевода у детей. Эмбриогенез пищевода и трахеи. Атрезия пищевода»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Эмбриогене пищевода и трахеи

2. Понятие атрезии пищевода

3. Этиология и патогенез атрезий пищевода

4. Клиническая картина атрезий пищевода

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПЕРЕД ТРАНСПОРТИРОВКОЙ НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ВСЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

а) ввести парентерально викасол

б) сделать очистительную клизму

в) ввести парентерально антибиотик

г) ввести в верхний отдел пищевода зонд для аспирации слюны и слизи

д) поместить ребёнка в транспортный кювез

1. ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОМУ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ПРОВОДЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ:

а) антибактериальной терапии

б) кормления через зонд, введённый в желудок

в) оксигенотерапии

г) парентерального питания

д) санации трахеобронхиального дерева

1. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ

а) горизонтальное

б) вертикальное

в) с приподнятым тазовым отделом

г) на правом боку

д) на животе

1. ПРЕДЕЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ СЕГМЕНТАМИ ПИЩЕВОДА ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ:

а) 0,5 см

б) 1,0 см

в) 1,5 см

г) 2,0 см

д) 2,5 см

5. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) синдром дыхательных расстройств

б) гипотрофия

в) несостоятельность швов анастомоза

г) стеноз пищевода

д) синдром полиорганной недостаточности

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ МЕТОДОМ НАЛОЖЕНИЯ АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом

б) методика Баирова

в) метод «конец в бок»

г) наложение швов по Хайяту

д) циркулярная эзофагомиотомия по Левадитису

1. ДЛЯ КАКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ: АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА + АТРЕЗИЯ АНУСА + ПОРОК СЕРДЦА + ПОРОКИ ПОЧЕК + ПОРОКИ ПОЗВОНОЧНИКА

а) Опица-Смита-Лемли

б) Видемана-Беквита

в) VACTER

г) Казабах-Меррита

д) Марфана

1. ПЕРВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

а) проба Элефанта

б) рентгенография грудной клетки

в) зондирование

г) УЗИ

д) эзофагоскопия

1. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕНА:

а) глубокими водно-электролитными нарушениями

б) необратимыми гемодинамическими сдвигами

в) прогрессирующим эндотоксикозом

г) выраженной алиментарной гипотрофией

д) нарастающей дыхательной недостаточностью

1. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) задержка стула

б) рвота

в) вздутие живота

г) видимая перистальтика кишечника

д) гипотрофия

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1.б

2.б

3.б

4.в

5.в

6.г

7.в

8.в

9.в

10.б

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

Родился ребенок массой 2600г., мальчик. Через три часа после рождения дежурная м\с 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 недостаточность: одышка, цианоз, тахикардия. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает 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 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.

**Задача №5.**

Детский хирург вызван на консультацию в роддом. Три дня назад путем кесарева сечения родился мальчик с массой 4000г. Наблюдалось тугое обвите пуповины. У ребенка срыгивание после кормления, периодически – вздутие живота, стул – после стимуляции. Отмечается тремор подбородка, верхних конечностей. Выражены «пяточные стопы». Живот умеренно вздут. Рвота после кормления, необильная, без примеси желчи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваши рекомендации по уточнению диагноза и план обследования?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1.**

1. Атрезия пищевода.
2. После удаления слизи из ротовой полости, верхних дыхательных путей, дачи кислорода провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При установлении данного диагноза:

А) создать оптимальные условия микроклимата;

Б) не кормить, не поить;

В) обеспечить экстренную транспортировку ребенка в клинику детской хирургии для оперативного лечения (в оптимальных условиях транспортировки).

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. Удалить слизь из ротовой полости, верхних дыхательных путей, обеспечить условия микроклимата (кювез), дать увлажненный кислород.
2. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При постановке диагноза «Атрезия пищевода» не кормить, не поить, обеспечить оптимальные условия транспортировки в детское хирургическое отделение для оперативного лечения.

**Эталон ответа к задаче №3**.

1. 1. ВПР: Левосторонняя диафрагмальная грыжа.
2. 2. Симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.
3. 3. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ.
4. 4. Предоперационная подготовка, оперативное лечение, послеоперационное лечение.
5. 5. Реабилитация: диспансерное наблюдение в течении года у врача детского хирурга, врача педиатра поликлиники, общеукрепляющее лечение и профилактика инфекционных заболеваний органов дыхания.

**Эталон ответа к задаче №4.**

1. Врожденная диафрагмальная грыжа слева.

2. С поликистозом легкого, который имеет клапанный механизм.

3. Для уменьшения явлений дыхательной недостаточности необходимо возвышенное положение ребенка, введение назогастрального зонда для декомпрессии желудка, подведение к дыхательным путям ребенка увлажненного кислорода, транспортировка в специализированное детское хирургическое отделение.

4. При прогрессивно нарастающих явлениях дыхательной недостаточности в результате асфиктического ущемления показана, вызов хирурга по сан. авиации операция по жизненным показаниям в условиях районной больницы, сущность которой заключается в низведении из плевральной полости органов брюшной полости, пластике диафрагмы. При резком недоразвитии брюшной полости и угрожающем повышении внутрибрюшного давления следует ушить только брюшину и кожу, сформировав таким образом послеоперационную вентральную грыжу.

5. В условиях Краевого Центра Детской Хирургии операция показана сразу после установления диагноза.

**Эталон ответа к задаче №5.**

1. Синдром вегето-висцеральных нарушений функции ЖКТ. (ППЦНС).
2. Консультация невролога. Лечение ППЦНС, включая спазмолитики. Обследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастная рентгенография ЖКТ.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценка рентгенологической картины, показателей лабораторных исследований.
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Пороки развития пищевода у детей. Лечение атрезии пищевода. Осложнения.»**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Перечислить основные этапы эмбриогенеза ЖКТ.

2. Схема нормального поворота кишечника.

3. Роль тератогенных факторов в развитии врожденных пороков ЖКТ.

4. Механизмы формирования пороков развития пищевода, кишечника с позиции дисэмбриогенеза.

5. Классификация пороков развития пищевода

6. Клиника атрезии пищевода.

7. Современные методы диагностики врожденных аномалий пищевода.

8. Дифференциальная диагностика и лечение пороков развития пищевода.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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. параэзофагеальных грыжах

5. ПОНЯТИЕ «СИНДРОМ АСФИКТИЧЕСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ» НЕ ВКЛЮЧАЕТ

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

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

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

1. френоперикардиальная грыжа
2. ретроградная френоперикардиальная
3. задний щелевидный дефект диафрагмы
4. грыжа переднего отдела диафрагмы
5. пароэзофагиальная грыжа

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 4
7. 2
8. 1
9. 3
10. 3

**5 Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

Родился ребенок массой 2600г., мальчик. Через три часа после рождения дежурная м\с 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 недостаточность: одышка, цианоз, тахикардия. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает 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 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.

**Задача №5.**

Детский хирург вызван на консультацию в роддом. Три дня назад путем кесарева сечения родился мальчик с массой 4000г. Наблюдалось тугое обвите пуповины. У ребенка срыгивание после кормления, периодически – вздутие живота, стул – после стимуляции. Отмечается тремор подбородка, верхних конечностей. Выражены «пяточные стопы». Живот умеренно вздут. Рвота после кормления, необильная, без примеси желчи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваши рекомендации по уточнению диагноза и план обследования?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1.**

1. Атрезия пищевода.
2. После удаления слизи из ротовой полости, верхних дыхательных путей, дачи кислорода провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При установлении данного диагноза:

А) создать оптимальные условия микроклимата;

Б) не кормить, не поить;

В) обеспечить экстренную транспортировку ребенка в клинику детской хирургии для оперативного лечения (в оптимальных условиях транспортировки).

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. Удалить слизь из ротовой полости, верхних дыхательных путей, обеспечить условия микроклимата (кювез), дать увлажненный кислород.
2. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При постановке диагноза «Атрезия пищевода» не кормить, не поить, обеспечить оптимальные условия транспортировки в детское хирургическое отделение для оперативного лечения.

**Эталон ответа к задаче №3**.

1. 1. ВПР: Левосторонняя диафрагмальная грыжа.
2. 2. Симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.
3. 3. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ.
4. 4. Предоперационная подготовка, оперативное лечение, послеоперационное лечение.
5. 5. Реабилитация: диспансерное наблюдение в течении года у врача детского хирурга, врача педиатра поликлиники, общеукрепляющее лечение и профилактика инфекционных заболеваний органов дыхания.

**Эталон ответа к задаче №4.**

1. Врожденная диафрагмальная грыжа слева.

2. С поликистозом легкого, который имеет клапанный механизм.

3. Для уменьшения явлений дыхательной недостаточности необходимо возвышенное положение ребенка, введение назогастрального зонда для декомпрессии желудка, подведение к дыхательным путям ребенка увлажненного кислорода, транспортировка в специализированное детское хирургическое отделение.

4. При прогрессивно нарастающих явлениях дыхательной недостаточности в результате асфиктического ущемления показана, вызов хирурга по сан. авиации операция по жизненным показаниям в условиях районной больницы, сущность которой заключается в низведении из плевральной полости органов брюшной полости, пластике диафрагмы. При резком недоразвитии брюшной полости и угрожающем повышении внутрибрюшного давления следует ушить только брюшину и кожу, сформировав таким образом послеоперационную вентральную грыжу.

5. В условиях Краевого Центра Детской Хирургии операция показана сразу после установления диагноза.

**Эталон ответа к задаче №5.**

1. Синдром вегето-висцеральных нарушений функции ЖКТ. (ППЦНС).
2. Консультация невролога. Лечение ППЦНС, включая спазмолитики. Обследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастная рентгенография ЖКТ.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценка рентгенологической картины, показателей лабораторных исследований.
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Пороки развития пищевода у детей. Диафрагмальная грыжа. Клиника. Диагностика. Лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Схема нормального поворота кишечника.

2. Роль тератогенных факторов в развитии диафрагмальных грыж

3. Причины, способствующие развитию дыхательной недостаточности при врожденной диафрагмальной грыже.

4. Клинические симптомы при диафрагмальной грыже.

5. Признаки диафрагмальной грыжи, выявленные при аускультации и перкуссии.

6. Рентгенологические признаки диафрагмальной грыжи

7. Роль врача общей практики в диагностике, проведении адекватных лечебно-тактических мероприятий на этапах оказания медицинской помощи новорожденным с пороками развития ЖКТ, реабилитации детей.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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. параэзофагеальных грыжах

5. ПОНЯТИЕ «СИНДРОМ АСФИКТИЧЕСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ» НЕ ВКЛЮЧАЕТ

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

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

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

1. френоперикардиальная грыжа
2. ретроградная френоперикардиальная
3. задний щелевидный дефект диафрагмы
4. грыжа переднего отдела диафрагмы
5. пароэзофагиальная грыжа

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 4
7. 2
8. 1
9. 3
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Задача №1.**

Родился ребенок массой 2600г., мальчик. Через три часа после рождения дежурная м\с 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 недостаточность: одышка, цианоз, тахикардия. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает 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 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.

**Задача №5.**

Детский хирург вызван на консультацию в роддом. Три дня назад путем кесарева сечения родился мальчик с массой 4000г. Наблюдалось тугое обвите пуповины. У ребенка срыгивание после кормления, периодически – вздутие живота, стул – после стимуляции. Отмечается тремор подбородка, верхних конечностей. Выражены «пяточные стопы». Живот умеренно вздут. Рвота после кормления, необильная, без примеси желчи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваши рекомендации по уточнению диагноза и план обследования?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**Эталон ответа к задаче №1.**

1. Атрезия пищевода.
2. После удаления слизи из ротовой полости, верхних дыхательных путей, дачи кислорода провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При установлении данного диагноза:

А) создать оптимальные условия микроклимата;

Б) не кормить, не поить;

В) обеспечить экстренную транспортировку ребенка в клинику детской хирургии для оперативного лечения (в оптимальных условиях транспортировки).

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. Удалить слизь из ротовой полости, верхних дыхательных путей, обеспечить условия микроклимата (кювез), дать увлажненный кислород.
2. Провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).
3. При постановке диагноза «Атрезия пищевода» не кормить, не поить, обеспечить оптимальные условия транспортировки в детское хирургическое отделение для оперативного лечения.

**Эталон ответа к задаче №3**.

1. 1. ВПР: Левосторонняя диафрагмальная грыжа.
2. 2. Симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.
3. 3. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ.
4. 4. Предоперационная подготовка, оперативное лечение, послеоперационное лечение.
5. 5. Реабилитация: диспансерное наблюдение в течении года у врача детского хирурга, врача педиатра поликлиники, общеукрепляющее лечение и профилактика инфекционных заболеваний органов дыхания.

**Эталон ответа к задаче №4.**

1. Врожденная диафрагмальная грыжа слева.

2. С поликистозом легкого, который имеет клапанный механизм.

3. Для уменьшения явлений дыхательной недостаточности необходимо возвышенное положение ребенка, введение назогастрального зонда для декомпрессии желудка, подведение к дыхательным путям ребенка увлажненного кислорода, транспортировка в специализированное детское хирургическое отделение.

4. При прогрессивно нарастающих явлениях дыхательной недостаточности в результате асфиктического ущемления показана, вызов хирурга по сан. авиации операция по жизненным показаниям в условиях районной больницы, сущность которой заключается в низведении из плевральной полости органов брюшной полости, пластике диафрагмы. При резком недоразвитии брюшной полости и угрожающем повышении внутрибрюшного давления следует ушить только брюшину и кожу, сформировав таким образом послеоперационную вентральную грыжу.

5. В условиях Краевого Центра Детской Хирургии операция показана сразу после установления диагноза.

**Эталон ответа к задаче №5.**

1. Синдром вегето-висцеральных нарушений функции ЖКТ. (ППЦНС).
2. Консультация невролога. Лечение ППЦНС, включая спазмолитики. Обследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастная рентгенография ЖКТ.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов пороков развития ЖКТ.
3. Правильная оценка рентгенологической картины, показателей лабораторных исследований.
4. Правильная оценка состояния новорожденного.
5. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
6. Оценка адекватности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Ано-ректальные пороки развития. Высокая и низкая атрезия прямой кишки и ануса».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Эмбриогенез первичной кишечной трубки.
2. Механизмы формирования аноректальных пороков.
3. Тератогенные факторы в развитии аноректальных пороков
4. Классификация врожденных аномалии прямой кишки и анального отверстия.
5. Клиника аноректальных пороков развития у новорожденных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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
  5. вздутие живота с валами перистальтики кишечника

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ 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

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 5
7. 2
8. 1
9. 3
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**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 х 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 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 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?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через

16-18 ч. с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой

кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, операция промежностная проктопластика, послеоперационная комплексная терапия.

5. Своевременная диагностика аноректального порока и ранняя госпитализация ребёнка в клинику детской хирургии — профилактика перфоративного перитонита.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, ректо-вестибулярный свищ.

2. Санация толстой кишки через свищ в условиях приёмного покоя ДХО (сифонная клизма).

3. Показаны: УЗИ внутренних органов, почек, ирригография через свищ, операция в плановом порядке.

4. Противовоспалительное лечение (антибиотики парентерально), физиотерапия; бужирование аноректальной зоны; рассасывающая терапия (лидаза, ронидаза) парентерально и методом электрофореза.

5. В послеоперационном периоде наблюдение в течение года, Профилактика стеноза анального отверстия. ЛФК, физиолечение.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: подозрение на острую форму болезни Гиршпрунга.

2. Показаны: госпитализация, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации организма, сифонная клизма. После очищения кишечника проводят ирригографию с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, УЗИ толстой и прямой кишок, биопсию слизистой оболочки прямой кишки. Лечение - хирургическое.

3. Оперативное лечение зависит от тяжести состояния ребёнка, выраженности и протяженности зоны аганглиоза. I этап - колостома; II этап - радикальная брюшно-промежностная проктопластика.

4. Острая форма, хроническая форма, стадии: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки.

2. Показаны: УЗИ промежности, рентгенография по Вангенстину,

электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, развернутый анализ крови, определение групповой и резус принадлежности крови больного.

3. Оперативное лечение в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки.

4. На догоспитальном этапе: ранняя диагностика патологии, экстренный перевод в клинику детской хирургии; в послеоперационном периоде профилактика рубцового стеноза, спаечной кишечной непроходимости, дисбактериоза.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Подозрение на болезнь Гиршпрунга.

2. Показаны: ирригография с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, биопсия слизистой оболочки толстой кишки с исследованием активности холинэстеразы.

3. Лечение - оперативное после предоперационной подготовки

(дезинтоксикационная терапия в/в, санации толстой кишки 1 % раствором хлорида натрия методом сифонной клизмы).

4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде в зоне

операционных ран (гнойно - воспалительного характера, эвентрации; рубцового сужения).

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка перинатального анамнеза.
2. Выявление ведущих симптоов при клиническом обследовании ребенка с пороком аноректальной зоны.
3. Оценка состояния аноректальной зоны (осмотр, измерение расстояния между седалищными буграми и др.).
4. Осуществление зондирования прямой кишки, прямокишечного свища.
5. Подготовка ребенка к рентгенологическому обследованию по Вангенстину.
6. Выполнение фистулографии, уретроцистографии.
7. Правильная оценка рентгенологической картины
8. Оценка результативности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Ано-ректальные пороки развития. Свищевые формы ано-ректальных пороков».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Клиника аноректальных пороков развития у новорожденных (свищевые формы).

2.Диагностика врожденных аномалий прямой кишки и анального отверстия.

3.Лечебно-тактические мероприятия врача-неонатолога родильного дома.

4.Хирургическая коррекция пороков развития аноректальной зоны.

5.Вопросы реабилитации детей. Роль педиатра поликлиники.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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
5. вздутие живота с валами перистальтики кишечника

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ 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

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 5
7. 2
8. 1
9. 3
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**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 х 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 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 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?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через

16-18 ч. с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой

кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, операция промежностная проктопластика, послеоперационная комплексная терапия.

5. Своевременная диагностика аноректального порока и ранняя госпитализация ребёнка в клинику детской хирургии — профилактика перфоративного перитонита.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, ректо-вестибулярный свищ.

2. Санация толстой кишки через свищ в условиях приёмного покоя ДХО (сифонная клизма).

3. Показаны: УЗИ внутренних органов, почек, ирригография через свищ, операция в плановом порядке.

4. Противовоспалительное лечение (антибиотики парентерально), физиотерапия; бужирование аноректальной зоны; рассасывающая терапия (лидаза, ронидаза) парентерально и методом электрофореза.

5. В послеоперационном периоде наблюдение в течение года, Профилактика стеноза анального отверстия. ЛФК, физиолечение.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: подозрение на острую форму болезни Гиршпрунга.

2. Показаны: госпитализация, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации организма, сифонная клизма. После очищения кишечника проводят ирригографию с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, УЗИ толстой и прямой кишок, биопсию слизистой оболочки прямой кишки. Лечение - хирургическое.

3. Оперативное лечение зависит от тяжести состояния ребёнка, выраженности и протяженности зоны аганглиоза. I этап - колостома; II этап - радикальная брюшно-промежностная проктопластика.

4. Острая форма, хроническая форма, стадии: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки.

2. Показаны: УЗИ промежности, рентгенография по Вангенстину,

электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, развернутый анализ крови, определение групповой и резус принадлежности крови больного.

3. Оперативное лечение в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки.

4. На догоспитальном этапе: ранняя диагностика патологии, экстренный перевод в клинику детской хирургии; в послеоперационном периоде профилактика рубцового стеноза, спаечной кишечной непроходимости, дисбактериоза.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Подозрение на болезнь Гиршпрунга.

2. Показаны: ирригография с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, биопсия слизистой оболочки толстой кишки с исследованием активности холинэстеразы.

3. Лечение - оперативное после предоперационной подготовки

(дезинтоксикационная терапия в/в, санации толстой кишки 1 % раствором хлорида натрия методом сифонной клизмы).

4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде в зоне

операционных ран (гнойно - воспалительного характера, эвентрации; рубцового сужения).

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка перинатального анамнеза.
2. Выявление ведущих симптоов при клиническом обследовании ребенка с пороком аноректальной зоны.
3. Оценка состояния аноректальной зоны (осмотр, измерение расстояния между седалищными буграми и др.).
4. Осуществление зондирования прямой кишки, прямокишечного свища.
5. Подготовка ребенка к рентгенологическому обследованию по Вангенстину.
6. Выполнение фистулографии, уретроцистографии.
7. Правильная оценка рентгенологической картины
8. Оценка результативности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Ано-ректальные пороки развития. Лечение ано-ректальных пороков».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Клиника аноректальных пороков развития у новорожденных (свищевые формы).

2.Диагностика врожденных аномалий прямой кишки и анального отверстия.

3.Лечебно-тактические мероприятия врача-неонатолога родильного дома.

4.Хирургическая коррекция пороков развития аноректальной зоны.

5.Вопросы реабилитации детей. Роль педиатра поликлиники.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

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
5. вздутие живота с валами перистальтики кишечника

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ 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

**Эталоны ответов к тестовым заданием по теме:**

1. 3
2. 1
3. 4
4. 4
5. 2
6. 5
7. 2
8. 1
9. 3
10. 3

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**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 х 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 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 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?

**Эталоны ответов на задачи по теме**

**К задаче №1:**

1. Диагноз: ВПР: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма.

2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через

16-18 ч. с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой

кишке и меткой на коже промежности).

3. Экстренная транспортировка новорождённого в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% - 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе).

4. Кратковременная предоперационная подготовка, операция промежностная проктопластика, послеоперационная комплексная терапия.

5. Своевременная диагностика аноректального порока и ранняя госпитализация ребёнка в клинику детской хирургии — профилактика перфоративного перитонита.

**К задаче №2:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, ректо-вестибулярный свищ.

2. Санация толстой кишки через свищ в условиях приёмного покоя ДХО (сифонная клизма).

3. Показаны: УЗИ внутренних органов, почек, ирригография через свищ, операция в плановом порядке.

4. Противовоспалительное лечение (антибиотики парентерально), физиотерапия; бужирование аноректальной зоны; рассасывающая терапия (лидаза, ронидаза) парентерально и методом электрофореза.

5. В послеоперационном периоде наблюдение в течение года, Профилактика стеноза анального отверстия. ЛФК, физиолечение.

**К задаче №3:**

1. Диагноз: подозрение на острую форму болезни Гиршпрунга.

2. Показаны: госпитализация, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации организма, сифонная клизма. После очищения кишечника проводят ирригографию с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, УЗИ толстой и прямой кишок, биопсию слизистой оболочки прямой кишки. Лечение - хирургическое.

3. Оперативное лечение зависит от тяжести состояния ребёнка, выраженности и протяженности зоны аганглиоза. I этап - колостома; II этап - радикальная брюшно-промежностная проктопластика.

4. Острая форма, хроническая форма, стадии: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №4:**

1. Диагноз: ВПР: Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки.

2. Показаны: УЗИ промежности, рентгенография по Вангенстину,

электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, развернутый анализ крови, определение групповой и резус принадлежности крови больного.

3. Оперативное лечение в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки.

4. На догоспитальном этапе: ранняя диагностика патологии, экстренный перевод в клинику детской хирургии; в послеоперационном периоде профилактика рубцового стеноза, спаечной кишечной непроходимости, дисбактериоза.

5. Диспансерное наблюдение у врача-детского хирурга, врача-педиатра поликлиники, адекватный уход, правильное вскармливание, витаминотерапия, профилактика дисбактериоза, регуляция стула.

**К задаче №5:**

1. Диагноз: Подозрение на болезнь Гиршпрунга.

2. Показаны: ирригография с водорастворимым контрастным веществом или крахмал-контрастной смесью, биопсия слизистой оболочки толстой кишки с исследованием активности холинэстеразы.

3. Лечение - оперативное после предоперационной подготовки

(дезинтоксикационная терапия в/в, санации толстой кишки 1 % раствором хлорида натрия методом сифонной клизмы).

4. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде в зоне

операционных ран (гнойно - воспалительного характера, эвентрации; рубцового сужения).

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка перинатального анамнеза.
2. Выявление ведущих симптоов при клиническом обследовании ребенка с пороком аноректальной зоны.
3. Оценка состояния аноректальной зоны (осмотр, измерение расстояния между седалищными буграми и др.).
4. Осуществление зондирования прямой кишки, прямокишечного свища.
5. Подготовка ребенка к рентгенологическому обследованию по Вангенстину.
6. Выполнение фистулографии, уретроцистографии.
7. Правильная оценка рентгенологической картины

Оценка результативности лечения новорожденного.

**1.Тема: «Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Некротическо-язвенный энтероколит у доношенных».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1. Эмбриогенез
2. Перечислите основные факторы риска, развития НЭК
3. Основные звенья патогенеза развития НЭК
4. Классификация НЭК по Bell (1978)
5. Классификация НЭК по Walsh и Kliegman
6. Клиника некротического энтероколита

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

1. повышенным, равномерным газонаполнением кишечника
2. неравномерным газонаполнением кишечника с уровнями
3. пневматозом кишечной стенки
4. гидроперитонеумом
5. газом в портальной системе печени

02. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. срыгивание с желчью
2. непереваренный стул
3. задержка отхождения газов
4. выделение крови из прямой кишки
5. вздутый мягкий живот

3. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТСУТСТВУЕТ

1. рвота с желчью
2. частый стул с патологическими примесями
3. пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
4. вздутие живота с локальной болезненностью
5. свободный газ в брюшной

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. скудного стула с алой кровью
3. вздутого, болезненного живота
4. атонии желудка и кишечника
5. отсутствия печеночной тупости

6. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НА РЕНГЕНОГРАММАХ НЕТ:

1. равномерного повышенного газонаполнения кишечника
2. локального затенения брюшной полости
3. гидроперитонеума
4. свободного газа в брюшной полости
5. пневматоза кишечной стенки

7. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. вздутого болезненного живота
3. атонии кишечника и желудка
4. локальной болезненности живота
5. отсутствия печеночной тупости

8. НЭК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1. массой менее 1500 г
2. у доношенных детей, родившихся в асфиксии
3. у детей с атрезией пищевода
4. с пороками сердца
5. с хромосомными аномалиями

9. НЭК ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТ:

1. аномалии скелета
2. пороки ЖКТ
3. пороки почек
4. пороки ЦНС
5. все верно

10. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЭК:

1. возможна на ранних сроках
2. возможна на поздних сроках
3. невозможна
4. возможна на любых сроках
5. на сроках 20-22 недель гестации

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3
2. 4
3. 5
4. 5
5. 5
6. 5
7. 3
8. 1
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Ситуационная 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 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.

1. О какой патологии необходимо подумать?
2. Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз.
3. Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара?
4. Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО.

**Ситуационная 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., BE -13, Hb 185 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

**Ситуационная 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №4**

Ребенок с ОНМТ (1852гр) 9 сут, 33 нед гестации, находится в ОПНД, на частичном энтеральном питании (усваивает по 5 мл смеси фрисопеп). В течении последних суток появилось вздутие живота, в умеренном колличестве 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №5**

Интрооперационно, у ребенка 2800гр, 31 нед гестации, по поводу НЭК перфорация полого органа, обнаружен тотальный некроз тонкого кишечника.

Ваша тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Язвенно-некротический энтероколит, перфоративный перитонит.
2. Клинические физикальные данные, обзорная рентгенография брюшной полости.
3. Оказание неотложных мероприятий в приемном покое ДСО,

обеспечение экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение.

1. Гормоны, жаропонижающие средства, начать инфузионную терапию.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2**

Диагноз: НЭК, разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №3**

Диагноз: НЭК, стадия предперфорации. Показана экстренное оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №4**

Диагноз: НЭК, I ст. Показано лечение в условиях соматического стационара. Наблюдение хирурга в динамике.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №5**

Диагноз: НЭК, разлитой перитонит, тотальный некроз тонкого кишечника. Выведение разгрузочной стомы. Ушивание, контрольная релапаратомия через 3-5 дней.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов НЭК.
3. Правильная оценка рентгенологической картиныПравильно оценить состояние новорожденного.
4. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
5. Зондирование пищевода и желудка
6. Контрастное исследование ЖКТ
7. Зондирование прямой кишки
8. Дренирование брюшной полости при перфоративном НЭК.

**1.Тема: «Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Некротическо-язвенный энтероколит у недоношенных».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.Этиология НЭК у недоношенных

Патогенез НЭК у недоношенных

2.Клиника некротического энтероколита у недоношенных

3.Консервативное лечение НЭК

4.Оперативное лечение НЭК

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

1. повышенным, равномерным газонаполнением кишечника
2. неравномерным газонаполнением кишечника с уровнями
3. пневматозом кишечной стенки
4. гидроперитонеумом
5. газом в портальной системе печени

02. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. срыгивание с желчью
2. непереваренный стул
3. задержка отхождения газов
4. выделение крови из прямой кишки
5. вздутый мягкий живот

3. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТСУТСТВУЕТ

1. рвота с желчью
2. частый стул с патологическими примесями
3. пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
4. вздутие живота с локальной болезненностью
5. свободный газ в брюшной

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. скудного стула с алой кровью
3. вздутого, болезненного живота
4. атонии желудка и кишечника
5. отсутствия печеночной тупости

6. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НА РЕНГЕНОГРАММАХ НЕТ:

1. равномерного повышенного газонаполнения кишечника
2. локального затенения брюшной полости
3. гидроперитонеума
4. свободного газа в брюшной полости
5. пневматоза кишечной стенки

7. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. вздутого болезненного живота
3. атонии кишечника и желудка
4. локальной болезненности живота
5. отсутствия печеночной тупости

8. НЭК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1. массой менее 1500 г
2. у доношенных детей, родившихся в асфиксии
3. у детей с атрезией пищевода
4. с пороками сердца
5. с хромосомными аномалиями

9. НЭК ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТ:

1. аномалии скелета
2. пороки ЖКТ
3. пороки почек
4. пороки ЦНС
5. все верно

10. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЭК:

1. возможна на ранних сроках
2. возможна на поздних сроках
3. невозможна
4. возможна на любых сроках
5. на сроках 20-22 недель гестации

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3
2. 4
3. 5
4. 5
5. 5
6. 5
7. 3
8. 1
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Ситуационная 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 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.

1. О какой патологии необходимо подумать?
2. Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз.
3. Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара?
4. Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО.

**Ситуационная 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., BE -13, Hb 185 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

**Ситуационная 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №4**

Ребенок с ОНМТ (1852гр) 9 сут, 33 нед гестации, находится в ОПНД, на частичном энтеральном питании (усваивает по 5 мл смеси фрисопеп). В течении последних суток появилось вздутие живота, в умеренном колличестве 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №5**

Интрооперационно, у ребенка 2800гр, 31 нед гестации, по поводу НЭК перфорация полого органа, обнаружен тотальный некроз тонкого кишечника.

Ваша тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Язвенно-некротический энтероколит, перфоративный перитонит.
2. Клинические физикальные данные, обзорная рентгенография брюшной полости.
3. Оказание неотложных мероприятий в приемном покое ДСО,

обеспечение экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение.

1. Гормоны, жаропонижающие средства, начать инфузионную терапию.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2**

Диагноз: НЭК, разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №3**

Диагноз: НЭК, стадия предперфорации. Показана экстренное оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №4**

Диагноз: НЭК, I ст. Показано лечение в условиях соматического стационара. Наблюдение хирурга в динамике.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №5**

Диагноз: НЭК, разлитой перитонит, тотальный некроз тонкого кишечника. Выведение разгрузочной стомы. Ушивание, контрольная релапаратомия через 3-5 дней.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов НЭК.
3. Правильная оценка рентгенологической картиныПравильно оценить состояние новорожденного.
4. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
5. Зондирование пищевода и желудка
6. Контрастное исследование ЖКТ
7. Зондирование прямой кишки
8. Дренирование брюшной полости при перфоративном НЭК.

**1.Тема: «Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Диагностика. Дифференциальная диагностика».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.R-ген диагностика НЭК

2.Клиника некротического энтероколита

3.Консервативное лечение НЭК

4.Оперативное лечение НЭК

5.Дифференциальная диагностика НЭК

6.Реабилитация детей перенесших НЭК. Отдаленные результаты лечения.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

1. повышенным, равномерным газонаполнением кишечника
2. неравномерным газонаполнением кишечника с уровнями
3. пневматозом кишечной стенки
4. гидроперитонеумом
5. газом в портальной системе печени

02. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. срыгивание с желчью
2. непереваренный стул
3. задержка отхождения газов
4. выделение крови из прямой кишки
5. вздутый мягкий живот

3. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТСУТСТВУЕТ

1. рвота с желчью
2. частый стул с патологическими примесями
3. пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
4. вздутие живота с локальной болезненностью
5. свободный газ в брюшной

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. скудного стула с алой кровью
3. вздутого, болезненного живота
4. атонии желудка и кишечника
5. отсутствия печеночной тупости

6. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НА РЕНГЕНОГРАММАХ НЕТ:

1. равномерного повышенного газонаполнения кишечника
2. локального затенения брюшной полости
3. гидроперитонеума
4. свободного газа в брюшной полости
5. пневматоза кишечной стенки

7. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. вздутого болезненного живота
3. атонии кишечника и желудка
4. локальной болезненности живота
5. отсутствия печеночной тупости

8. НЭК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1. массой менее 1500 г
2. у доношенных детей, родившихся в асфиксии
3. у детей с атрезией пищевода
4. с пороками сердца
5. с хромосомными аномалиями

9. НЭК ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТ:

1. аномалии скелета
2. пороки ЖКТ
3. пороки почек
4. пороки ЦНС
5. все верно

10. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЭК:

1. возможна на ранних сроках
2. возможна на поздних сроках
3. невозможна
4. возможна на любых сроках
5. на сроках 20-22 недель гестации

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3
2. 4
3. 5
4. 5
5. 5
6. 5
7. 3
8. 1
9. 5
10. 5

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Ситуационная 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 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.

1. О какой патологии необходимо подумать?
2. Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз.
3. Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара?
4. Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО.

**Ситуационная 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., BE -13, Hb 185 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

**Ситуационная 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №4**

Ребенок с ОНМТ (1852гр) 9 сут, 33 нед гестации, находится в ОПНД, на частичном энтеральном питании (усваивает по 5 мл смеси фрисопеп). В течении последних суток появилось вздутие живота, в умеренном колличестве 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №5**

Интрооперационно, у ребенка 2800гр, 31 нед гестации, по поводу НЭК перфорация полого органа, обнаружен тотальный некроз тонкого кишечника.

Ваша тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Язвенно-некротический энтероколит, перфоративный перитонит.
2. Клинические физикальные данные, обзорная рентгенография брюшной полости.
3. Оказание неотложных мероприятий в приемном покое ДСО,

обеспечение экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение.

1. Гормоны, жаропонижающие средства, начать инфузионную терапию.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2**

Диагноз: НЭК, разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №3**

Диагноз: НЭК, стадия предперфорации. Показана экстренное оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №4**

Диагноз: НЭК, I ст. Показано лечение в условиях соматического стационара. Наблюдение хирурга в динамике.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №5**

Диагноз: НЭК, разлитой перитонит, тотальный некроз тонкого кишечника. Выведение разгрузочной стомы. Ушивание, контрольная релапаратомия через 3-5 дней.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов НЭК.
3. Правильная оценка рентгенологической картиныПравильно оценить состояние новорожденного.
4. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
5. Зондирование пищевода и желудка
6. Контрастное исследование ЖКТ
7. Зондирование прямой кишки

**1.Тема: «Некротическо-язвенный энтероколит у детей. Лечение».**

**2.Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИР.

- Написание реферата.

- Поиск материала по теме в интернете.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**.

ОК-1, ОК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11.

**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.

**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 нтерпретировать 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.

**Владеть:**

- навыками сопоставления клинических и морфологических данных, правильного ведения медицинской документации,

- навыками постановки предварительного диагноза на основании сопоставления результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего) с учетом МКБ-10.

- показаниями для плановой или экстренной госпитализации и оперативного лечения больных в зависимости от выявленной патологии, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- алгоритмами плановых, лечебных мероприятий при основных хирургических заболеваниях у детей и подростков; основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной;

- методами помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, навыками организации санитарно-гигиенического режима пребывания детей, подростков и членов их семей в детском хирургическом стационаре..

1.R-ген диагностика НЭК

2.Клиника некротического энтероколита

3.Консервативное лечение НЭК

4.Оперативное лечение НЭК

5.Дифференциальная диагностика НЭК

6.Реабилитация детей перенесших НЭК. Отдаленные результаты лечения.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

1. повышенным, равномерным газонаполнением кишечника
2. неравномерным газонаполнением кишечника с уровнями
3. пневматозом кишечной стенки
4. гидроперитонеумом
5. газом в портальной системе печени

02. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРОДРОМЫ ОТСУТСТВУЕТ

1. срыгивание с желчью
2. непереваренный стул
3. задержка отхождения газов
4. выделение крови из прямой кишки
5. вздутый мягкий живот

3. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТСУТСТВУЕТ

1. рвота с желчью
2. частый стул с патологическими примесями
3. пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
4. вздутие живота с локальной болезненностью
5. свободный газ в брюшной

4. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТСУТСТВУЕТ

1. рисунок неравномерного газонаполнения кишечника с уровнями жидкости
2. локальное затенение брюшной полости
3. выпрямление контуров кишечных петель
4. пневмотоз кишечной стенки
5. свободный газ в брюшной полости

5. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. скудного стула с алой кровью
3. вздутого, болезненного живота
4. атонии желудка и кишечника
5. отсутствия печеночной тупости

6. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ НА РЕНГЕНОГРАММАХ НЕТ:

1. равномерного повышенного газонаполнения кишечника
2. локального затенения брюшной полости
3. гидроперитонеума
4. свободного газа в брюшной полости
5. пневматоза кишечной стенки

7. ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ НЕТ

1. рвоты с желчью и кишечным содержимым
2. вздутого болезненного живота
3. атонии кишечника и желудка
4. локальной болезненности живота
5. отсутствия печеночной тупости

8. НЭК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1. массой менее 1500 г
2. у доношенных детей, родившихся в асфиксии
3. у детей с атрезией пищевода
4. с пороками сердца
5. с хромосомными аномалиями

9. НЭК ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТ:

1. аномалии скелета
2. пороки ЖКТ
3. пороки почек
4. пороки ЦНС
5. все верно

10. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЭК:

1. возможна на ранних сроках
2. возможна на поздних сроках
3. невозможна
4. возможна на любых сроках
5. на сроках 20-22 недель гестации

**Эталоны ответов к тестам по теме:**

1. 3

2. 4

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

**5.Ситуационные задачи по теме:**

**Ситуационная 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 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.

1. О какой патологии необходимо подумать?
2. Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз.
3. Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара?
4. Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО.

**Ситуационная 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., BE -13, Hb 185 г/л, Ht 68%, натрий плазмы 135 мЭкв/л, калий плазмы 5,2 мЭкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

**Ситуационная 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №4**

Ребенок с ОНМТ (1852гр) 9 сут, 33 нед гестации, находится в ОПНД, на частичном энтеральном питании (усваивает по 5 мл смеси фрисопеп). В течении последних суток появилось вздутие живота, в умеренном колличестве 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.

Ваш предположительный диагноз? Тактика ведения?

**Ситуационная задача №5**

Интрооперационно, у ребенка 2800гр, 31 нед гестации, по поводу НЭК перфорация полого органа, обнаружен тотальный некроз тонкого кишечника.

Ваша тактика?

**Эталоны ответов на задачи по теме:**

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Язвенно-некротический энтероколит, перфоративный перитонит.
2. Клинические физикальные данные, обзорная рентгенография брюшной полости.
3. Оказание неотложных мероприятий в приемном покое ДСО,

обеспечение экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение.

1. Гормоны, жаропонижающие средства, начать инфузионную терапию.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2**

Диагноз: НЭК, разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №3**

Диагноз: НЭК, стадия предперфорации. Показана экстренное оперативное лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №4**

Диагноз: НЭК, I ст. Показано лечение в условиях соматического стационара. Наблюдение хирурга в динамике.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №5**

Диагноз: НЭК, разлитой перитонит, тотальный некроз тонкого кишечника. Выведение разгрузочной стомы. Ушивание, контрольная релапаратомия через 3-5 дней.

**6. Перечень практических умений:**

1. Оценка анамнестических сведений.
2. Выявление при клиническом обследовании ведущих симптомов НЭК.
3. Правильная оценка рентгенологической картиныПравильно оценить состояние новорожденного.
4. Оказание правильной мед. помощи на этапах лечения.
5. Зондирование пищевода и желудка
6. Контрастное исследование ЖКТ
7. Зондирование прямой кишки
8. Дренирование брюшной полости при перфоративном НЭК.

**7. . Список литературы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |
| **Обязательная** | | | |
| 1 | Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2т./ под ред. Ю.Ф. Исакова Т1 | М.: ГЭОТАР-Мед | 2004 |
| 2 | Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2т./ под ред. Ю.Ф. Исакова Т2 | М.: ГЭОТАР-Мед | 2004 |
| **Дополнительная** | | | |
| 1 | Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова | М.: ГЭОТАР-Медиа | 2009 |
| 2 | Травматология детского возраста: метод. указания к внеауд. раб. 6 курса пед. и леч. фак. / З.В. Васильева | Красноярск: КрасГМУ | 2009 |
| 3 | Ортопедия детского возраста: метод. указания к внеаудит. работе для студ. 5 и 6 курсов пед. и леч. фак. / сост. В.А. Дударев и др. | Красноярск: тип. КрасГМУ | 2 |
| 4 | Урология : учебник / под ред. Н.А. Лопаткина. | М.: ГЭОТАР-Медиа | 2009 |
| 5 | Урология детского возраста : метод. указания к внеауд. раб. 6 курса пед. и леч. фак. / сост. Э.В. Портнягина | Красноярск: КрасГМУ | 2009 |
| 6 | Плановая хирургия детей: метод. указания к внеауд. . раб. 6 курса пед. и леч. фак. / сост. В.А. Юрчук и др. | Красноярск: КрасГМУ | 2009 |
| 7 | Ургентная хирургия детского возраста: метод. указания к внеауд. раб. 6 курса пед. и леч. фак. / под ред. В.А. Юрчук, А.Н. Дарьиной | Красноярск: КрасГМУ | 2009 |
| 8 | Хирургия новорожденных : метод. указания к внеауд. раб. 6 курса пед. и леч. фак. / сост. В.А. Сермягин и др. | Красноярск: КрасГМУ | 2009 |
| 9 | Уход за здоровым и больным ребенком: учеб пособие/ ред. В.В. Юрьев и др. | СПб.: спецлит | 2009 |
| **Электронные ресурсы** | | | |
| 1 | Электронная библиотечная система КрасГМУ |  |  |
| 2 | БД MedArt |  |  |
| 3 | БД Медицина |  |  |
| 4 | БД Ebso |  |  |
| 5 | Консультант врача. Детская хирургия (Электронное издание) – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – CD-ROM. |  |  |
| 6 | ЭБС Консультант студента |  |  |

**Законодательные и нормативно-правовые документы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вид документа** | **Принявший орган** | **Дата** | **Номер** | **Название документа** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | Конституция | Государственная дума | 12 декабря 1993 |  | Конституция РФ |
| 2. | Федеральный закон | Государственная дума | 21 ноября 2011 | N 323-ФЗ | Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации |
| 3. | Федеральный закон | Государственная дума | 27 июля 2010 | № 227-ФЗ | О лицензировании отдельных видов деятельности |
| 4. | Федеральный закон | Государственная дума | 30  марта 1999 г. | № 52-ФЗ | О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения |
| 5. | Приказ | Министерство здрвоохранения и социального развития РФ | 19 августа 2009 | № 599н | Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля |
| 6. | Приказ | МЗ СССР | 04 октября 1980 | № 1030 | Об утверждении форм первичной  медицинской документации учреждений здравоохранении |
| 7. | Приказ | Министерства здравоохранения и социального развития РФ | 10 мая 2007 | № 323 | Об утверждении Порядка организации работ (услуг),  выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том  числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период  беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи),  стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи  женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной  медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной),  высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи |
| 8. | Распоряжение | Правительство РФ | 07 декабря 2011 | № 2199-р | Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 год |
| 9. | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | 19 августа 2009 г.  (с изменениями от 28 апреля 2011 г.) | № 599 н (362 н) | Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля |
| 10. | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | 22 ноября 2004 | №256 | О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение |
| 11. | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | 27 марта 2009 года | №138н | О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России |