федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**

**УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

по специальности

**31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.16 «Детская хирургия», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

(УК-1) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

(ПК-2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

(ПК-5) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

(ПК-6) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

Рабочая программа ординатуры по детской хирургии для специальности 31.08.16 Детская хирургия содержит 7 модулей. В конце изучения каждого модуля проводится рубежный контроль. Для оценки текущей успеваемости в пределах одного модуля используются следующие формы контроля: тестирование, устный опрос, проверка практических навыков, решение проблемно-ситуационных задач. Комплектация оценочных материалов модуля составляется из оценочных материалов каждой темы модуля соответственно каждой форме контроля, в том числе и тем практических занятий, изучаемых ординаторами самостоятельно.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тестовые задания для рубежного контроля 1-го модуля**

**Первый вариант**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Пальпация живота позволяет выявить следующие патологические образования, кроме: | А) инфильтрата брюшной полости  Б) опухоли брюшной полости  В) инвагината  Г) меккелева дивертикула\*  Д) изменения размера органа |
| 2. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется | А) усиление болей при положении на левом боку\*  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 3. Жалобы у ребенка 6 лет на возникшие в последние сутки боли в животе, многократную рвоту, отсутствие стула. В анамнезе – аппендэктомия. Это характерно для: | А) острого панкреатита  Б) инвагинации кишечника  В) болезни Гиршпрунга  Г) спаечной кишечной непроходимости\*  Д) копростаза |
| 4. Выделение крови со слизью при ректальном исследовании характерно для: | А) инвагинации кишечника\*  Б) спаечной кишечной непроходимости  В) заворота кишечника  Г) острого аппендицита  Д) копростаза |
| 5. Боль при дефекации на фоне запора и наличие небольшого количества алой крови в кале является симптомом: | А) болезни Гиршпрунга  Б) дивертикула Меккеля  В) трещины ануса\*  Г) полипа толстой кишки  Д) кишечной инвагинации |
| 6. В какие сроки от начала заболевания появляются рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита: | А) на 1 – 2 сутки  Б) на 4 – 5 сутки  В) на 10 – 12 день заболевания\*  Г) через месяц от начала заболевания |
| 7. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на инвагинацию кишечника: | А) обязательно\*  Б) не обязательно  В) у детей младшего возраста по показаниям  Г) у девочек по показаниям  Д) в зависимости от клиники |
| 8. Локальная болезненность в правой подвздошной области, пассивная мышечная защита, положительный симптом Щеткина –Блюмберга, температура - характерны для: | А) острого аппендицита\*  Б) копростаза  В) почечной колики  Г) печеночной колики  Д) мезаденита |
| 9. При напряженном пиопневмотораксе у детей необходимо выполнить: | А) плевральную пункцию  Б) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Г) радикальную операцию  Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией |
| 10. IMG_0057Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| 11. . Кровотечение при подозрении на язвенный рефлюкс-эзофагит требует обследования: | А) ангиографии  Б) рентгенографии пищевода и желудка  В) ФЭГДС\*  Г) допплерографии сосудов системы воротной вены  Д) рН-метрии пищевода |
| 12. Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются: | А) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала\*  Б) периостальная реакция  В) уплотнение структуры параоссальных тканей  Г) размытость и нечеткость кортикального слоя кости  Д) явление пятнистого остеопороза |
| 13. У новорожденных некротическую флегмону вызывает возбудитель: | А) стафилококк\*  Б) стрептококк  В) синегнойная палочка  Г) анаэробы  Д) абактериальна |
| 14. При подозрении на инвагинацию участковый педиатр назначает: | А) амбулаторное обследование  Б) диету и медикаментозное лечение  В) лечебно-диагностическую пневмоирригографию  Г) экстренную госпитализацию в хирургический стационар\* |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 15. Экстренная плевральная пункция показана в случае: | А) ателектаза легкого  Б) напряженного пневмоторакса\*  В) напряженного гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса\* |
| 16. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано: | А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение  Б) диагностическая пункция сустава\*  В) дренирование сустава  Г) остеоперфорация  Д) УЗИ сустава\* |
| 17. Диагноз инвагинации кишечника можно подтвердить при помощи: | А) УЗИ брюшной полости\*  Б) обзорной рентгенографии брюшной полости  В) пневмоирригографии\*  Г) исследование пассажа контраста по ЖКТ  Д) фиброколоноскопии. |
| 18. Этиология и патогенез синдрома портальной гипертензии при внепеченочной форме включают: | А) идиопатическую трансформацию воротной вены\*  Б) цирроз печени  В) тромбоз воротной вены\*  Г) атрезию желчных ходов  Д) хронический персистирующий гепатит |
| 19. Рентгенологические симптомы, свидетельствующие о наличии острого гематогенного остеомиелита: | А) деструкция костной ткани\*  Б) периостальная реакция\*  В) патологический перелом  Г) наличие секвестра  Д) утолщение и склероз кости |
| 20. Нарастание симптомов дыхательной недостаточности у ребенка с пневмонией может быть связано с: | А) ателектазом легкого  Б) гипоплазией легкого  В) пневмотораксом\*  Г) гидротораксом\*  Д) абсцессом легкого\*  Е) пиопневмотораксом\* |

**Второй вариант**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Остро возникшее, не купирующееся приступообразное беспокойство у соматически здорового грудного ребенка является основным симптомом: | А) инвагинации\*  Б) болезни Гиршпрунга  В) пареза кишечника  Г) панкреатита  Д) острого аппендицита |
| 2. Симптомом Ровзинга при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом боку  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки\*  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 3. О спаечной непроходимости кишечника свидетельствует рентгенологический симптом: | А) мишени  Б) чаш Клойбера\*  В) свободного газа в брюшной полости  Г) округлой тени  Д) немого живота |
| 4. Кровотечение при подозрении на дивертикул Меккеля требует обследования: | А) УЗИ брюшной полости  Б) радиоизотопного исследования  В) лапароскопии\*  Г) исследование пассажа контраста по ЖКТ  Д) фиброколоноскопии. |
| 5. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит участковый педиатр назначает: | А) амбулаторное обследование  Б) консультацию артролога и ревматолога  В) плановую госпитализацию в хирургическое отделение  Г) экстренную госпитализацию в хирургическое отделение\*  Д) консультацию фтизиатра |
| 6. У больного напряженный пневмоторакс с широким бронхоплевральным свищом. Ему следует рекомендовать: | А) плевральную пункцию  Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией\*  В) дренирование плевральной полости по Бюлау  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) выжидательную тактику |
| 7. Причиной омфалита у новорожденных могут быть: | А) инфицирование пуповинного остатка  Б) неполный свищ желточного протока  В) полный или неполный свищ урахуса  Г) все перечисленное\*  Д) ничего из перечисленного |
| 8. Из перечисленных методов диагностики инвагинации кишечника выполняет и лечебную задачу: | А) пальпация живота  Б) очистительная клизма  В) пальцевое ректальное исследование  Г) обзорная рентгенография брюшной полости  Д) пневмоирригоскопия\* |
| 9. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит: | А) обязательно\*  Б) не обязательно  В) у детей младшего возраста по показаниям  Г) у девочек по показаниям |
| 10. Данная рентгенограмма характерна для: IMG_0067 | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) напряженного пиопневмоторакса |
| 11. У новорожденных адипонекроз вызывает возбудитель: | А) стафилококк  Б) стрептококк  В) синегнойная палочка  Г) анаэробы  Д) абактериален\* |
| 12. Ошибкой в хирургической тактике у больных с эпифизарным остеомиелитом считают: | А) пункцию сустава  Б) сквозное дренирование сустава\*  В) дренирование параартикулярного пространства  Г) артротомию  Д) повторные пункции сустава |
| 13. Поздняя спаечная кишечная непроходимость лечится: | А) экстренной операцией\*  Б) консервативной стимуляцией кишечника  В) физиотерапией  Г) операцией в плановом порядке  Д) очистительной клизмой |
| 14. Кровотечение при подозрении на язву желудка требует обследования: | А) радиоизотопного исследования  Б) рентгенографии пищевода и желудка  В) допплерографии сосудов системы воротной вены  Г) ФЭГДС\*  Д) лапароскопии |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 15. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами: | А) острое внезапное начало\*  Б) гипертермия  В) периодическое беспокойство\*  Г) постоянное беспокойство  Д) стул с кровью  Е) выделение слизи и крови из прямой кишки\* |
| 16. При подозрении на острый аппендицит необходимо провести обследование | А) общий анализ крови\*  Б) определение группы крови  В) общий анализ мочи\*  Г) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства\*  Д) дуоденальное зондирование  Е) компьютерную томографию |
| 17. Для внепеченочной формы портальной гипертензии характерны симптомы: | А) спленомегалия\*  Б) гепатоспленомегалия  В) желтуха  Г) асцит  Д) энцефалопатия  Е) рвота с кровью\* |
| AAz | А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение  Б) диагностическая пункция сустава\*  В) дренирование сустава  Г) остеоперфорация  Д) УЗИ сустава\* |
| 19. Для внепеченочной формы портальной гипертензии характерны лабораторные признаки: | А) тромбоцитопения\*  Б) диспротеинемия  В) лейкопения\*  Г) повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ  Д) нормохромная анемия\* |
| 20. Нарастание симптомов дыхательной недостаточности у ребенка с пневмонией может быть связано с: | А) ателектазом легкого  Б) гипоплазией легкого  В) пневмотораксом\*  Г) пиотораксом\*  Д) абсцессом легкого\*  Е) пиопневмотораксом\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, особенности диагностики у детей раннего возраста Возрастные особенности дифференциальной диагностики.
2. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, особенности диагностики у детей старшего возраста Возрастные особенности дифференциальной диагностики.
3. Осложнения острого аппендицита. Аппендикулярный абсцесс, инфильтрат, разлитой перитонит. Классификация, диагностика, принципы лечения перитонита у детей.
4. В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек? Особенности течения первичного (диплококкового) перитонита. Заболевания, приводящие к абдоминальному болевому синдрому у девочек. Классификация гинекологических заболеваний у девочек. Особенности традиционной диагностики и лечения. Роль лапароскопии в своевременной диагностике причин боли в животе у девочек.
5. Инвагинация кишечника. Причины, классификация, клиника, диагностика, УЗИ и рентгенодиагностика инвагинации.
6. Инвагинация кишечника. Тактика врача – педиатра. Консервативное и оперативное лечение, показания и противопоказания.
7. Приобретенная кишечная непроходимость. Этиопатогенез приобретенной механической и динамической кишечной непроходимости. Классификация. Спаечная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, УЗИ и рентгенодиагностика, лечебная тактика.
8. Острые и хронические кровотечения из пищеварительного тракта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Инструментальные методы диагностики.
9. Основные причины кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Тактика врача – педиатра. Алгоритм обследования и лечения.
10. Основные причины кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Тактика врача – педиатра. Алгоритм обследования и лечения.
11. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей. Псевдофурункулез, мастит и флегмона новорожденных, рожистое воспаление. Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага.
12. Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы лечения гнойно-септических заболеваний. Рациональная антибактериальная терапия. Особенности хирургического лечения.
13. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Этиопатогенез, диагностика, УЗИ и рентгенодиагностика, дифференциальный диагноз. Метаэпифизарный остеомиелит у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз с артритом. Лечение.
14. Остеомиелит у детей старшей возрастной группы. Дифференциальный диагноз с травмой, опухолью, туберкулезом, ревматоидным артритом. Тактика врача – педиатра. Особенности лечения.
15. Хронический остеомиелит. Классификация, диагностика, лечение.
16. Гнойные заболевания легких и плевры. Деструктивная пневмония, пиопневмоторакс, абсцесс легкого, пневмоторакс. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
17. Гнойные заболевания легких и плевры. Тактика врача-педиатра, принципы лечения и реабилитации. Техника плевральной пункции и дренирования плевральной полости. Временная окклюзия бронха. Показания и противопоказания.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был накануне нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика.
2. Пятилетний ребенок заболел остро 7 дней назад. Жалуется на постоянные пульсирующие боли в верхней трети левой голени. Сон плохой, аппетит отсутствует, температура 38,7о. Верхняя треть голени резко отечна, кожа гиперемирована, положителен симптом флюктуации. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Диагноз? Дополнительные обследования? Лечебная тактика?
3. У ребенка 5 месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе (резкое беспокойство ребенка), была однократная рвота. Приступ боли продолжался 10 – 12 минут, затем ребенок успокоился и заснул, но через некоторое время повторился подобный приступ. При осмотре живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, в правой половине пальпируется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции. О каком заболевании следует думать? Каков план обследования ребенка?
4. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 месяцев с диагнозом: инвагинация кишок. С момента заболевания прошло 10 часов. Выберите тактику лечения этого ребенка.
5. В хирургическое отделение поступил мальчик 8 лет с типичной клиникой острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова обнаружено, что выпота в брюшной полости нет, червеобразный отросток макроскопически не изменен. Тактика оперирующего хирурга?
6. У девочки 13 лет в течение 3 дней боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребенок вялый, бледный, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9о С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 104 уд. в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6 х 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16,2х109/л, нейтрофильный сдвиг влево. Ваш предварительный диагноз? Тактика педиатра, хирурга?
7. Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с диагнозом врача скорой помощи «Острый аппендицит?». Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,6оС, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 104 уд. в минуту. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, план обследования, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
8. К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки при пеленании в последние два дня. При осмотре левая ножка приведена к животу, полусогнута в тазобедренном суставе. Активные движения отсутствуют, пассивные движения в тазобедренном суставе вызывают беспокойство. Температура тела 37,5оС. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
9. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?
10. У ребенка 12 лет появилась рвота с примесью темной крови, дегтеобразный стул. Из анамнеза выяснено, что у больного в течение последних двух лет наблюдались периодические боли в области желудка и рвота (без примеси крови), после которой наступало облегчение. При осмотре – живот не вздут, напряжения мышц передней брюшной стенки нет, умеренная болезненность при пальпации в верхней половине живота. Предположительный диагноз? План обследования, тактика хирурга?
11. Больной 14 лет имеет длительно незаживающий свищ в нижней трети бедра. В анамнезе – перенесенный острый гематогенный остеомиелит бедренной кости. Температура нормальная. Нижняя треть бедра утолщена, уплотнена. На наружной его поверхности имеется втянутый рубец со свищом в центре. Из свища гнойное отделяемое. Ваш диагноз, план обследования? Методы лечения?
12. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было около 2 суток. В анамнезе: в возрасте 5 лет выполнена аппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
13. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной клетки тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования, лечение?
14. В поликлинику обратились родители ребенка 5 лет. У мальчика часто с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови. Стул оформленный. Других жалоб нет. Ваш диагноз? План обследования и лечения?
15. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается, нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится на фебрильных цифрах. При перкуссии грудной клетки справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа практически не выслушивается. Дополнительные методы обследования. Предположительный диагноз. Лечебная тактика.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Проверка практических навыков на занятиях этого модуля проводится на отдельно взятом учебном занятии и отражено в ФОС соответствующей темы.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тестовые задания для рубежного контроля 2-го модуля**

**Первый вариант**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1.Данная рентгенограмма характерна для: IMG_0057 | А) ателектаза легкого\*  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| 2. Отсутствие на обзорной рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при: | А) атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом  Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма)\*  В) халазии кардии  Г) врожденном коротком пищеводе  Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы |
| 3. Врожденная высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами: | А) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизистые пробки\*  Б) рвота желчью, вздутый живот, в прямой кишке – слизь с кровью  В) рвота кишечным содержимым, запавший живот  Г) рвота кишечным содержимым, вздутый живот, в прямой кишке – слизистые пробки  Д) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизь с кровью |
| 4. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются: | А) в первые дни после рождения  Б) на второй – третьей неделе жизни\*  В) после 3-х месяцев жизни  Г) после 1 месяца жизни  Д) после 1года жизни |
| 5. Новорожденному ребенку с подозрением на острую форму болезни Гиршпрунга необходимо выполнить обследование: | А) цистографию  Б) динамическое рентгеноконтрастное исследование ЖКТ  В) ирригографию с контрастным веществом\*  Г) инвертограмму по Вангенстину  Д) пневмоирригографию |
| 6. 6. Укажите метод специального обследование, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом: | А) ультразвуковое исследование  Б) аортография  В) бронхография  Г) ангиопульмонография  Д) бронхоскопия\* |
| 7. Обильная рвота с 3-й недели, возникающая между кормлениями, створоженным молоком и слизью, запоры отмечаются при: | А) желудочно-пищеводном рефлюксе  Б) дискинезии жкт  В) врожденном пилоростенозе\*  Г) адрено-генитальном синдроме, сольтеряющей форме  Д) атрезии пищевода |
| 8. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкого\*  Б) напряженном пневмотораксе  В) напряженном гидротораксе  Г) абсцессе легкого  Д) пиопневмотораксе |
| 9. При атрезии прямой кишки у девочек наиболее часто встречается: | А) ректовестибулярный свищ  Б) ректовагинальный свищ\*  В) ректоуретральный свищ  Г) ректовезикальный свищ  Д) ректопромежностный свищ |
| 10. Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является: | А) ятрогенные повреждения  Б) дефицит лизоцима  В) язвенно-некротический энтероколит в III и IV стадиях\*  Г) порок развития стенки кишки  Д) заменное переливание крови |
| 11. Рентгенограмма указывает на: | А) желудочно-пищеводный рефлюкс  Б) дискинезию жкт  В) врожденный пилоростеноз  Г) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы\*  Д) атрезию пищевода |
| 12. При подозрении на кишечную непроходимость у новорожденного ребенка необходимо выполнить: | А) обзорную рентгенограмму брюшной полости\*  Б) ФЭГДС  В) колоноскопию  Г) пневмоирригографию  Д) радиоизотопное исследование |
| 13. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения смещена вправо, слева - ячеистые структуры, газонаполнение петель кишечника в проекции уменьшенной в объеме брюшной полости не определяется, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжи\*  Б) напряженной кисты легкого  В) ателектаза легкого  Г) врожденной долевой эмфиземы  Д) напряженного пневмоторакса |
| 14. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: | А) склонность к запорам  Б) желтуха  В) рвота «фонтаном»\*  Г) жажда  Д) олигурия |
| 15. При врожденной лобарной эмфиземе наиболее часто поражается: | А) нижняя доля справа  Б) верхняя доля слева\*  В) нижняя доля слева  Г) верхняя доля справа  Д) все доли одинаково |
| IMG_004616. Рентгенограмма указывает на: | А) перфоративный перитонит новорожденного\*  Б) пилоростеноз  В) атрезию 12-перстной кишки  Г) некротический энтероколит  Д) атрезию тонкой кишки |
| 17. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность. Отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна: | А) диафрагмальная грыжа  Б) атрезия хоан\*  В) киста легкого  Г) врожденная лобарная эмфизема  Д) спонтанный пневмоторакс |
| 18. Какую операцию выполняют при пилоростенозе: | А) пилоромиотомию\*  Б) резекцию желудка  В) гастроэнтнроанастомоз  Г) пилоропластику с ваготомией  Д) лечение консервативное |
| 19. Рвота “желчью и зеленью”, западение живота, отсутствие стула с рождения отмечаться при: | А) пилоростенозе  Б) атрезии 12-перстной кишки\*  В) некротическом энтероколите  Г) атрезии тощей кишки  Д) синдроме Ледда |
| 20. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является: | А) врожденная лобарная эмфизема  Б) деструктивная пневмония  В) ложная диафрагмальная грыжа\*  Г) кистозно-аденоматозная трансформация легких  Д) опухоль средостенья |

**2-й вариант**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Ведущим рентгенологическим симптомом низкой врожденной кишечной непроходимости является**:** | А) равномерное повышенное газонаполнение кишечника  Б) наличие двух уровней жидкости  В) множественные уровни жидкости в кишечнике\*  Г) свободный газ в брюшной полости  Д) «немой» живот |
| 2. Притупление перкуторного звука, отсутствие дыхание над всей поверхностью легкого и смещение средостения в сторону поражения характерно для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 3. При рентгенологическом исследовании для подтверждения атрезии пищевода используется: | А) 1 мл взвеси сернокислого бария  Б) 10 мл водорастворимого контраста  В) 1 мл водорастворимого контраста\*  Г) 10 мл взвеси сернокислого бария  Д) 1 мл метиленовой сини |
| 4. Отсутствие на обзорной рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при: | А) атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом  Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма)\*  В) халазии кардии  Г) врожденном коротком пищеводе  Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы |
| 5. Коробочный звук над всей поверхностью легкого и отсутствие дыхания со смещением средостения в здоровую сторону характерно для: | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса\*  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 6. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода является: | А) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ  Б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищами  В) атрезия пищевода без свища  Г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом\*  Д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом |
| 7.Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является: | А) смещение средостенья в сторону поражения  Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов  В) деформация купола диафрагмы  Г) непостоянство рентгенологических данных при повторных исследованиях\*  Д) признаки гиповентиляции легких |
| 8. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз: | А) пилоростеноз  Б) частичная высокая кишечная непроходимость  В) низкая кишечная непроходимость  Г) синдром Ледда\*  Д) инвагинация кишечника |
| 9. При подозрении на кишечную непроходимость показано: | А) инфузионная терапия, наблюдение  Б) перевод в хирургический стационар\*  В) перевод в реанимационное отделение родильного дома |
| 10. Масса тела при пилоростенозе характеризуется: | А) малой прибавкой  Б) возрастным дефицитом  В) прогрессирующим падением\*  Г) неравномерной прибавкой  Д) отсутствием прибавки |
| **2008_05_30_557**11. Рентгенограмма указывает на: | А) болезнь Гиршпрунга  Б) пилоростеноз  В) атрезию 12-перстной кишки\*  Г) некротический энтероколит  Д) атрезию тощей кишки |
| 12.Симптомокомплекс: перистальтика гипертрофированного желудка, пальпируемое в зоне привратника плотное образование, снижение диуреза у ребенка с рвотой молоком – характерен для: | А) желудочно-пищеводного рефлюкса  Б) дискинезии жкт  В) врожденного пилоростеноза\*  Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Д) атрезии пищевода |
| 13. Рентгенограмма указывает на: | А) желудочно-пищеводный рефлюкс  Б) дискинезию жкт  В) врожденный пилоростеноз  Г) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы\*  Д) атрезию пищевода |
| 14. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность. Отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна: | А) диафрагмальная грыжа  Б) атрезия хоан\*  В) киста легкого  Г) врожденная лобарная эмфизема  Д) спонтанный пневмоторакс |
| **IMG_0878**15. Выявление на ирригографии с барием сужения прямой и сигмовидной кишки с упрастенотическим расширением поперечно-ободочной характерно для | А) болезни Гиршпрунга\*  Б) пилоростеноза  В) атрезии 12-перстной кишки  Г) некротического энтероколита  Д) атрезии тонкой кишки |
| 16. Этиологическим фактором рвоты молоком при пилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника\*  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза |
| 17. Этиологическим фактором рвоты молоком при псевдопилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза\* |
| 18. При пиотораксе лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию |
| 19. Характер рвотных масс при пилоростенозе: | А) слизью  Б) желчью  В) зеленью  Г) с примесью крови  Д) створоженным молоком\* |
| 20. При подозрении на кишечную непроходимость у новорожденного ребенка необходимо выполнить: | А) обзорную рентгенограмму брюшной полости\*  Б) ФЭГДС  В) колоноскопию  Г) пневмоирригографию  Д) радиоизотопное исследование |

**Вопросы для устного опроса**

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка.
2. Диагностика пороков развития антенатально и в родильном доме.
3. Организационные вопросы, выбор срока оперативного вмешательства.
4. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Особенности транспортировки новорожденных в зависимости от порока или заболевания.
6. Что такое врожденная кишечная непроходимость?
7. Эмбриогенез кишечной трубки.
8. Нормальный внутриутробный поворот средней кишки и его патология.
9. Причины врожденной кишечной непроходимости.
10. Классификация врожденной кишечной непроходимости.
11. Клиника и диагностика высокой врожденной кишечной непроходимости.
12. Клиника и диагностика низкой врожденной кишечной непроходимости.
13. Особенности предоперационной подготовки при врожденной кишечной непроходимости.
14. Принципы оперативного лечения врожденной кишечной непроходимости.
15. Атрезия пищевода (АП): определение, эмбриогенез, эпидемиология.
16. Классификация атрезии пищевода.
17. Клиническая картина и ранняя диагностика АП.
18. Рентгенодиагностика АП.
19. Оперативное лечение, послеоперационный период.
20. Осложнения АП.
21. Пилоростеноз: понятие, эпидемиология, этиология и патогенез.
22. Клиническая картина пилоростеноза.
23. Диагностика, дифференциальная диагностика.
24. Предоперационная подготовка, хирургическое лечение, ведение послеоперационного периода.
25. Понятие гастроэзофагеального рефлюкса.
26. Причины ГЭР у детей.
27. Методы исследования при подозрении на ГЭР.
28. Дифференциальная диагностика ГЭР.
29. Консервативное лечение халазии пищевода.
30. Показания к антирефлюксной операции.
31. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: эзофагеальные и параэзофагеальные.
32. Диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
33. Лечение. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
34. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
35. Клинические проявления дыхательной недостаточности (цианоз, одышка, стридор, ритм дыхания).
36. Физикальные данные при ДН.
37. Синдром внутригрудного напряжения
38. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
39. Пороки развития легких, вызывающие ДН (агенезия, аплазия, гипоплазия легких, врожденная лобарная эмфизема).
40. Диафрагмально-плевральные грыжи и их значение в развитии ДН.
41. Алгоритм дифференциальной диагностики ДН у новорожденных (атрезия хоан, макроглоссия, синдром Пьера-Робина, ранула, лимфангиома шеи).
42. Неотложная помощь при ДН у новорожденных.
43. Аномалии желточного протока: свищи пупка (полные и неполные), дивертикул подвздошной кишки (Меккеля), энтерокистома.
44. Эмбриогенез, клиника, диагностика.
45. Осложнения дивертикула Меккеля, их диагностика, лечение.
46. Атрезия желчных ходов: определение, эпидемиология.
47. Этиология, патогенез, патоморфология.
48. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
49. Киста общего желчного протока: определение, этиология и патогенез.
50. Клиника и диагностика.
51. Методы оперативного лечения.
52. Федеральные рекомендации по аноректальным мальформациям
53. Эпидемиология, этиология и патогенез аноректальных пороков развития.
54. Классификация.
55. Клиническая картина несвищевых форм атрезии прямой кишки.
56. Свищи в половую систему.
57. Свищи в мочевую систему.
58. Свищ на промежность.
59. Диагностика.
60. Алгоритм принятия лечебно-тактического решения.
61. Лечение аноректальных пороков развития.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного с первых минут после рождения отмечается обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны. Какое заболевание следует исключить? Какие необходимы дополнительные исследования? Какова лечебная тактика в условиях родильного дома?
2. У новорожденного в течение 24 часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение. Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?
3. У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка. Цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. Предположительный диагноз? Диагностическая тактика?
4. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации живота ребенок беспокоится, плачет. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Тактика врача родильного дома?
5. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии. На рентгенограмме грудной клетки полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз?
6. В клинику детской хирургии доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом - атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод по зонду введено 1,5 мл водорастворимого контраста) обнаружен слепо заканчивающийся оральный отрезок пищевода и два воздушных пузыря в брюшной полости. В кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает на себя внимание запавший живот. Предположительный диагноз, лечебная тактика.
7. Вы – неонатолог родильного дома. Внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ у плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?
8. У ребенка, рожденного с массой тела 3220 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребенка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальное отверстие смещено опухолью кпереди. Меконий отошел, ребенок мочился. Ваш предположительный диагноз? План обследования и тактика лечения?

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Проверка практических навыков на занятиях этого модуля проводится на отдельно взятом учебном занятии и отражено в ФОС соответствующей темы.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тестовые задания для рубежного контроля 3-го модуля**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Дифференциальную диагностику боковых кист шеи необходимо проводить со всеми следующими заболеваниями, **кроме:** | А) лимфангиомы и липомы  Б) врожденной мышечной кривошеи.  В) лимфаденита  Г) флебэктазии яремной вены  Д) срединной кисты шеи\* |
| 2. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является: | А) лобарная эмфизема  Б) деструктивная пневмония  В) ложная диафрагмальная грыжа \*  Г) врожденные ателектазы  Д) опухоль средостенья |
| 3.Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при: | А) инфицировании свищевого хода  Б) флегмонозном омфалите  В) потере кишечного содержимого  Г) мацерации кожи вокруг пупка  Д) эвагинации кишечника через свищ\* |
| 4.Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано: | А) экстрофией мочевого пузыря  Б) полным свищем урахуса\*  В) эписпадией  Г) клапанами задней уретры  Д) дивертикулом мочевого пузыря |
| 5. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативно: | А) жесткая эзофагоскопия  Б) рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка\*  В) фиброэзофагоскопия  Г) обзорная рентгенография  Д) компьютерная томография |
| 6. Ребенок двух лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит: | А) обзорная рентгенография брюшной полости  Б) ирригография с воздухом  В) ирригография с бариевой взвесью\*  Г) дача бариевой взвеси через рот  Д) колоноскопия |
| 7. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено: | А) нарушением обратного развития зобно-глоточного протока  Б) незаращением остатков жаберных дуг  В) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока\*  Г) хромосомными аберрациями  Д) эктопией эпителия дна полости рта |
| 8.Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствует: | А) отсутствие яичка в мошонке  Б) беспокойство и подъем температуры  В) наличие мягкого эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии\*  Г) гиперемия мошонки  Д) гиперемия и болезненность в паховой области |
| 9.При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является: | А) обзорная рентгенография  Б) ультразвуковое исследование  В) фистулография\*  Г) венография  Д) компьютерная томография |
| 10. Характерным симптомом для срединной кисты шеи является: | А) боли при глотании  Б) смещаемость кисты при глотании\*  В) расположение над яремной ямкой  Г) плотная консистенция  Д) периодическое исчезновение |
| 11. Для остро развившейся водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является: | А) появление припухлости в одной половине мошонки\*  Б) ухудшение общего состояния  В) подъем температуры  Г) резкая болезненность при пальпации мошонки  Д) гиперемия кожи мошонки |
| 12. Наиболее характерным симптомом паховой грыжи является: | А) тошнота и рвота  Б) подъем температуры  В) эластическое выпячивание в паховой области\*  Г) боли в животе  Д) плохой аппетит |
| 13. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать: | А) экстренное оперативное вмешательство  Б) операцию в плановом порядке по достижению 2-х лет  В) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров\*  Г) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем |
| 14. Для предупреждения рецидива срединной кисты шеи при операции необходимо выполнить: | А) выделение свища до поверхностной фасции  Б) ушивание свищевого отверстия после санации  В) перевязка наружной яремной вены  Г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами  Д) резекция подъязычной кости\* |
| 15. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: | А) к 28 – 32 неделям внутриутробной жизни  Б) к рождению  В) к 1 году\*  Г) к 2 – 3 годам  Д) сразу после рождения |
| 16. Дифференцировать эзофагеальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы следует с: | А) халазией пищевода\*  Б) ахалазией пищевода  В) врожденным стенозом пищевода  Г) врожденным коротким пищеводом  Д) дивертикулом пищевода |
| 17. При эхинококкозе печени показано: | А) химиотерапия  Б) гормональная терапия  В) оперативное лечение\*  Г) рентгенотерапия  Д) наблюдение в динамике |
| 18. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует: | А) по установлении диагноза  Б) до 1 года  В) до 2-х лет  Г) после 3-х лет\*  Д. после пяти лет |
| 19.У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальным способом оперативного пособия у него является: | А) радикальная операция  Б) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки  В) колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку  Г) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки  Д) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки\* |
| 20. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является: | А) частое ущемление  Б) возраст после двух лет  В) установление диагноза\*  Г) возраст после 5 лет  Д) диаметр выпячивание свыше 3 см. |
| 21.Транспортировка новорожденного с ложной диафрагмальной грыжей производится в положении: | А) горизонтальном  Б) на здоровом боку  В) на больном боку\*  Г) в положении Тренделенбурга |
| 22. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является: | А) смещение средостенья  Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов  В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы  Г) непостоянство рентгенологических данных при повторных многоосевых исследованиях\*  Д) признаки гиповентиляции легких |
| 23. У новорожденного с диафрагмальной грыжей и дыхательной недостаточностью укажите **нехарактерный** клинический признак: | А) смещение средостенья  Б) цианоз, усиливающийся при плаче  В) перистальтические шумы при аускультации легких  Г) сердечно-сосудистая недостаточность  Д) вздутый живот\* |
| В следующих заданиях выберите **все** правильные ответы | |
| 24.К аномалиям желточного протока у детей относятся: | А) полный свищ пупка\*  Б) дивертикул Меккеля\*  В) неполный свищ пупка\*  Г) пупочная грыжа  Д) гастрошизис |
| 25.С какими из перечисленных заболеваний приходится дифференцировать ущемленную паховую грыжу у детей: | А) остро развившаяся киста семенного канатика\*  Б) варикоцеле  В) паховый лимфаденит\*  Г) фимоз |

**Вопросы для устного опроса**

1. Патология вагинального отростка брюшины. Водянка оболочек яичка, киста семенного канатика. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика (диафаноскопия, УЗИ), сроки хирургического лечения.
2. Патология вагинального отростка брюшины. Паховая грыжа. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика (диафаноскопия, УЗИ), сроки хирургического лечения.
3. Патология вагинального отростка брюшины. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика (диафаноскопия, УЗИ), тактика педиатра. Показания к консервативному и оперативному лечению.
4. Крипторхизм. Понятие, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика (УЗИ, лапароскопия). Сроки и методы хирургического лечения.
5. Варикоцеле. Этиопатогенез, диагностика, сроки, современные методы лечения.
6. Пупочная грыжа. Параумбиликальная грыжа. Диагностика. Сроки оперативного лечения.
7. Эмбриональная грыжа. Классификация пуповинных грыж по величине, форме. Диагностика, дифференциальная диагностика с гастрошизисом. Тактика врача-педиатра. Методы хирургического лечения. Показания к консервативной терапии.
8. Пороки развития желточного протока (полный свищ пупка, неполный свищ пупка, дивертикул Меккеля, энтерокистома). Этиопатогенез, клиника, диагностика, хирургическая тактика.
9. Пороки развития мочевого протока (Свищ пупка, киста урахуса, дивертикул мочевого пузыря). Этиопатогенез, клиника, методы диагностики, хирургическая тактика.
10. Боковые и срединные кисты и свищи шеи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения.
11. Пороки развития челюстно-лицевой области и шеи. Незаращение верхней губы, Незаращение неба. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, сроки и тактика хирургического лечения. Тактика врача-педиатра.
12. Черепно-мозговая грыжа. Классификация, клиника, диагностика, показания и противопоказания, сроки оперативного лечения.
13. Спинномозговая грыжа. Классификация, клиника, диагностика, показания и противопоказания, сроки оперативного лечения.
14. Эхинококк легкого. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, осложнения. Методы лечения.
15. Эхинококк печени у детей. Клиническая картина, диагностика. Осложнения. Методы лечения.
16. Болезнь Гиршпрунга, мегаколон. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
17. Болезнь Гиршпрунга. Тактика врача-педиатра. Алгоритм диагностики и лечения. Консервативное и оперативное лечение.
18. Синдром «отечной мошонки». Причины, классификация, диагностика. Методы лечения.
19. Диафрагмальные грыжи. Этиопатогенез, классификация. Грыжи собственно диафрагмы. Диагностика, сроки и методы оперативного лечения.
20. Пилоростеноз. Клиника, методы диагностики. Предоперационная подготовка, оперативное лечение.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В отделение поступил ребенок 4-х лет. С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы. Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии. Отмечается бледность кожных покровов, вздутие живота. Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования?
2. 2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. Рвоты не было. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами эластичное болезненное образование размерами 4 х 3 см. Оба яичка в мошонке. Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники и стационара?
3. У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки. При пальпации в мошонке определяется опухолевидное эластическое безболезненное образование с ровными контурами, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено. Ваш диагноз? Дополнительное обследование, тактика лечения?
4. У девочки 3 месяцев обнаружено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования размерами 1,5 х 1,5 см, легко вправляемого в брюшную полость. Ваш диагноз, тактика лечения?
5. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено. Ваш диагноз и тактика?
6. У новорожденного мальчика после отпадения остатка пуповины из пупочной ранки выделяется меконий. Предположительный диагноз. Диагностическая и лечебная тактика.
7. У ребенка в возрасте 3-х недель появилась рвота фонтаном после каждого кормления. Количество рвотных масс превышает количество высосанного молока, в рвотных массах нет примеси желчи, рвота имеет кислый застойный запах. Выражен запор, число мочеиспусканий уменьшено до 6 в сутки. При осмотре кожа сухая, морщинистая. Живот вздут в эпигастрии, видна перистальтика в виде «песочных часов». В крови – высокий гематокрит, гипокалиемия, гипохлоремия. В моче снижено содержание натрия и хлора. Какой Вы поставите диагноз и какими методами исследования подтвердите его?
8. Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за последний месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что мама отмечает у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
9. В отделение доставлен новорожденный через 2 часа после рождения. Ребенок бледный, вялый. В области пупка имеется опухолевидное образование, покрытое прозрачными блестящими оболочками, через которые видны петли тонкого кишечника. Диаметр дефекта брюшной стенки 7-8 см, высота «опухоли» - 6-7 см. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
10. В поликлинику обратилась мать с 4-летним мальчиком. С рождения ребенок страдает запорами, которые с четырехмесячного возраста приняли упорный характер. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 2-3 дня. Ребенок отстает в развитии, есть признаки хронической интоксикации и алиментарной дистрофии. Живот увеличен в объеме, мягкий. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные. Предположительный диагноз? План обследования и лечения?
11. У девочки в возрасте 3-х недель появилась рвота после кормления, непостоянная, фонтаном, с небольшой примесью желчи (не всегда). У ребенка частые поносы, он вял, адинамичен, быстро теряет в весе, отказывается от приема жидкости. В крови – гиперкалиемия, гипонатриемия, ацидоз. В моче повышено содержания натрия и хлора. При рентгенологическом исследовании желудка с контрастным веществом задержки эвакуации последнего не отмечено. Диагноз?

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Проверка практических навыков на занятиях этого модуля проводится на отдельно взятом учебном занятии и отражено в ФОС соответствующей темы.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии**

**Тестовые задания для рубежного контроля 4-го модуля**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: | А) перемежающийся гидронефроз\*  Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  В) гипоплазия почки  Г) удвоение верхних мочевых путей  Д) поликистоз почек |
| 2. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают при: | А) гидронефрозе  Б) нефроптозе  В) мочекаменной болезни\*  Г) поликистозе  Д) при тромбозе почечной артерии |
| 3. При цистографии у детей чаще всего выявляется: | А) уретероцеле  Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса\*  В) наличие незаращенного урахуса  Г) наличие пузырно-кишечного свища  Д) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 4. Фармакодинамическая проба (УЗИ или внутривенная урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: | А) сморщивание или гипоплазия почки  Б) новообразование или киста почки  В) ОРВИ или апостематоз почки  Г) пиелоэктазия или гидронефроз\*  Д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь |
| 5. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: | А) пиурию  Б) альбуминурию  В) микрогематурию  Г) макрогематурию\*  Д) оксалатурию |
| 6. Метод микционной цистографии наиболее информативен для диагностики: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) гидронефроза  В) пороков уретры и ПМР\*  Г) удвоения верхних мочевых путей  Д) нефроптоза |
| 7. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: | А) цистоскопии  Б) антеградной урографии  В) микционной цистографии\*  Г) урофлоуметрии  Д) цистометрии |
| 8. Забрюшинное пространство имеет: | А) два клеточных слоя  Б) три клеточных слоя\*  В) четыре клеточных слоя  Г) пять клеточных слоев  Д) один клеточный слой |
| 9. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием: | А) острая задержка мочи  Б) гидронефроз\*  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  Г) недержание мочи  Д) нейрогенный мочевой пузырь |
| 10. Антеградную пиелографию выполняют для выявления: | А) дивертикула мочевого пузыря  Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса  В) проходимости пиелоуретерального анастомоза при гидронефрозе\*  Г) опухоли почки  Д) кисты почки |
| 11. Для цистографии используют: | А) сергозин  Б) сульфат бария  В) верографин\*  Г) сульфат натрия  Д) тиосульфат натрия |
| 12. Больным с анурией **противопоказано** проведение: | А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости  Б) экскреторной урографии\*  В) цистографии  Г) ретроградной пиелографии  Д) цистоскопии |
| 13. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазии почки позволяет установить: | А) экскреторная урография  Б) компьютерная томография  В) почечная ангиография  Г) биопсия почки  Д) радиоизотопное исследование в динамике\* |
| 14. Основным признаком гидронефроза считают: | А) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника\*  Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки  В) признаки вторичного пиелонефрита  Г) истончение почечной паренхимы  Д) признаки снижения почечного кровотока |
| 15. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают: | А) экскреторную урографию\*  Б) цистографию  В) цистоскопию  Г) цистометрию  Д) УЗИ с определением почечного кровотока |
| 16. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) энуреза  В) эктопии устья добавочного мочеточника\*  Г) эписпадии  Д) клапана задней уретры |
| 17. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита возникает: | А) при камне верхней чашечки  Б) при камне лоханки  В) при корраловидном камне почки  Г) при камне мочеточника \*  Д) при камне мочевого пузыря |
| 18. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен: | А) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек\*  Б) для тотальной эписпадии  В) для клапана задней уретры  Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря  Д) двустороннего уретероцеле |
| 19. Назовите самую частую врожденную аномалию мочевых путей: | А) поликистоз почек  Б) удвоение верхних мочевых путей  В) врожденный гидронефроз\*  Г) дистопия почек  Д) добавочная 3-я почка |
| 20. Какую роль в этиологии хронического пиелонефрита играет обструкция мочевых путей | А) доминируюшую\*  Б) никакую  В) встречается в 25% случаев  Г) только у девочек  Д) только у мальчиков |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: | А) мезенхимальное\*  Б) эпителиальное |
| 2. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при: | А) саркомах\*  Б) эпителиальных типах рака |
| 3. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: | А) рентгенографию  Б) УЗИ  В) исследование онкомаркеров  Г) комплекс (УЗИ, рентгкнография, КТ, ангиография)  Д) морфологическое исследование ткани опухоли\* |
| 4. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы: | А) первое полугодие жизни\*  Б) у взрослых  В) после 1-го года  Г) в 7 – 10 лет  Д) в период полового созревания |
| 5. Лимфангиомы лечатся: | А) консервативно (наблюдение)  Б) гормонотерапией  В) хирургически\*  Г) эндоваскулярно  Д) рентгенотерапией |
| 6. Дермоиды чаще всего встречаются в области: | А) грудинно-ключично-сосцевидной мышцы  Б) крестцово-копчиковой  В) височной, надбровной\*  Г) верхней конечности  Д) нижней конечности |
| 7. Тератому крестцово-копчиковой области необходимо дифференцировать: | А) гемангиомой  Б) опухолью Вильмса  В) спинно-мозговой грыжей\*  Г) лимфангиомой  Д) нейробластомой |
| 8. Прогноз лучше при саркоме Юинга при поражении | А) длинной трубчатой кости\*  Б) костей таза |
| 9. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: | А) сразу после рождения  Б) после 1 года  В) до 3-х месяцев\*  Г) после 3-х лет  Д) с 3 до 6 месяцев |
| В следующих заданиях выберите **ВСЕ** правильные ответы: | |
| 10. Ребенок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования: | А) УЗИ почек и мочевого пузыря\*  Б) пневмоирригографию  В) УЗИ образования\*  Г) рентгенографию костей черепа  Д) пальцевого ректального исследования\* |
| 11. Из нейрогенных опухолей злокачественными являются | А) нейробластома\*  Б) ганглионеврома  В) симпатогониома\*  Г) ганглиогейробластома\* |
| 12. Для детского возраста характерны: | А) рак желудка  Б) лейкоз\*  В) рак поджелудочной железы  Г) нефробластома (опухоль Вильмса)\*  Д) саркома Юинга\* |
| 13. Назовите источники роста нейрогенных опухолей: | А) симпатические ганглии\*  Б) белое вещество головного мозга  В) периферические лимфоузлы  Г) мозговое вещество надпочечников\*  Д) оболочки периферических нервов |
| 14. При остеогенной саркоме прогноз неблагоприятный, если поражены | А) кости таза, позвонки\*  Б) длинная трубчатая кость  В) метастазами легкие\*  Г) метастазами лимфоузлы\*  Д) метастазами другие кости\* |
| 15. Хирургическому удалению подлежат: | А) лимфангиомы\*  Б) лимфогрануломатоз  В) нефробластома.\*  Г) лимфосаркома  Д) гепатобластома\* |
| 16. Для нейробластомы характерна локализация: | А) переднее средостенье  Б) забрюшинное пространство\*  В) малый таз  Г) брюшная полость  Д) заднее средостенье\* |
| 17. Чаще лимфангиома локализуется в области: | А) ягодиц  Б) головы  В) подмышечной впадины\*  Г) подчелюстной\*  Д) средостенья |
| 18. Укажите признаки, характерные для нефробластомы | А) синдром малых признаков  Б) макрогкматурия  В) увеличение живота\*  Г) манифестация опухоли в 9-12 лет  Д) манифестация опухоли в 0 – 4 года\* |
| 19. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме | А) литическая деструкция\*  Б) бластическая деструкция\*  В) смешанная деструкция\*  Г) однослойный периостальный козырек\*  Д) симптом «луковичной кожуры»  Е) наличие мягкотканного компонента\* |
| 20. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга | А) литическая деструкция\*  Б) бластическая деструкция  В) смешанная деструкция  Г) однослойный периостальный козырек  Д) симптом «луковичной кожуры»\*  Е) наличие мягкотканного компонента\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. С чем связана необходимость ранней диагностики пороков развития почек?
2. Какие аномалии количества почек вы знаете?
3. Какие виды дистопии почек вы знаете?
4. Назовите аномалии взаимоотношения почек.
5. С чем связано возникновение подковообразной почки?
6. Назовите признаки полного удвоения почек и мочеточников.
7. Где располагается устье добавочного мочеточника удвоенной почки? Какое это может иметь клиническое значение?
8. Назовите возможные варианты эктопии мочеточников у девочек.
9. Методы лабораторного исследования в детской урологии
10. Методы рентгенодиагностики при урологических заболеваниях
11. Методы оценки функции почек у детей
12. Техника экскреторной урографии
13. Техника цистоуретрографии
14. Оценка полученных результатов
15. Что такое гидронефроз?
16. Причины врожденного гидронефроза.
17. Клинические симптомы гидронефроза.
18. Алгоритм диагностики гидронефротической трансформации почек.
19. Методы лечения гидронефроза.
20. Понятие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).
21. Причины и классификация ПМР.
22. Клиника и исходы ПМР.
23. Что такое интраренальный рефлюкс?
24. Диагностика ПМР.
25. Методы лечения: консервативные, оперативные.
26. Этиопатогенез мочекаменной болезни (МКБ).
27. Клиника МКБ.
28. Клиника почечной колики у детей.
29. Методы купирования почечной колики.
30. Лечение МКБ.
31. Основные причины инфекции мочевых путей у детей.
32. Особенности обструктивного пиелонефрита.
33. Доброкачественные опухоли костей: множественные врожденные экзостозы, остеома, остеоид-остеома, остеохондрома.
34. Злокачественные опухоли костей.
35. Современные методы их диагностики.
36. Дифференциальный диагноз остеогенной саркомы и саркомы Юинга
37. Современные протоколы лечения злокачественных опухолей у детей
38. Ближайшие и отдаленные результаты лечения
39. Основные локализации злокачественных опухолей у детей
40. Синдром «пальпируемой опухоли в животе» - что это такое?
41. Клиника опухолей забрюшинного пространства.
42. Чем отличается нефробластома от нейробластомы.
43. Особенности локализации и течения нейробластомы.
44. Феохромоцитома: определение, клиническая картина, диагностика.
45. Современные методы диагностики опухолей забрюшинного пространства.
46. Гемангиома: определение, эпидемиология, классификация, клиническая картина.
47. Диагностика и лечение гемангиом.
48. Лимфангиома: определение, эпидемиология, клиническая классификация.
49. Диагностика и лечение лимфангиом.
50. Дермоид.
51. Тератома крестцово-копчиковой области.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?
2. Вы – неонатолог родильного дома. Внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ у плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?
3. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. У ребенка, рожденного с массой тела 3220 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребенка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальное отверстие смещено опухолью кпереди. Меконий отошел, ребенок мочился. Ваш предположительный диагноз? План обследования и тактика лечения?
5. У ребенка в родильном доме на передней брюшной стенке обнаружено образование красного цвета размерами 2 х 2 см, немного возвышающееся над поверхностью кожи. При надавливании образование бледнеет, затем восстанавливает первоначальный вид. Предварительный диагноз? Тактика?
6. У мальчика 10 дней с рождения отмечено увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размерами 8 х 6 х 4 см. При ультразвуковом исследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, структура без особенностей. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?
7. У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
8. У девочки 11 лет астенического телосложения при длительной ходьбе и физической нагрузке нередко начинается приступ болей в правой половине живота. Иногда эта боль бывает настолько острой, что родители вызывают на дом врача скорой помощи. В анализах мочи, выполненных после приступа, определяется микрогематурия. При каких заболеваниях возможна подобная клиническая картина? Какие исследования позволяют установить истинную причину заболевания?
9. В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечены дефигурация конечности: отек с/3 правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии выявлен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков по длине и ширине. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе бедренной кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз и составьте план обследования данной больной.

1. К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенное нарастание болей в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение месяца. При осмотре в дистальном отделе бедра выявлено опухолевидное образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли на 3 см больше левого. Температура тела нормальная. В анализе крови: Hb – 96 г/л; лейкоциты – 6,5х109/л; СОЭ – 56 мм/час.

Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?

1. Ребенок поступил в клинику в возрасте 6 месяцев с обширной ангиомой околоушной области. Есть элементы изъязвления. Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?
2. У новорожденной девочки родители заметили на передне-боковой поверхности шеи припухлость веретенообразной формы. Пальпация безболезненна. Каких-либо признаков воспаления в этой области нет, кожа над припухлостью не изменена.

Выскажите свои предположения о возможном диагнозе? Предложите рациональную лечебную тактику.

1. Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в верхних отделах заднего средостенья справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника. Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.
2. На прием к участковому педиатру пришли родители с ребенком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребенок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном обследовании грубой патологии врач не выявил. Ребенок обследован в тот же день в условиях поликлиники. При рентгенографии органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого легкого определяются три тени округлой формы с четкими контурами, диаметром 1 – 1,5 см. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции левого надпочечника обнаружено объёмное образование размером 3 х 4 см, бугристое, с плотными включениями.

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации? Каковы дальнейшие действия педиатра?

1. У ребенка 3-х месяцев на боковой поверхности живота обнаружено опухолевидное образование размером 3 х 3 см, располагающееся в подкожной клетчатке и имеющее дольчатое строение. Кожа над ним не изменена, но через кожу просвечивается конгломерат синеватого цвета. Какой-либо пульсации над опухолью не определяется, но кожа на ощупь несколько теплее окружающих тканей. При надавливании опухоль несколько уменьшается, но затем восстанавливает свои размеры. Предположительный диагноз? Тактика педиатра и детского хирурга?

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

Проверка практических навыков на занятиях этого модуля проводится на отдельно взятом учебном занятии и отражено в ФОС соответствующей темы.

**Модуль № 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тестовые задания для рубежного контроля 5-го модуля**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Поднадкостничный перелом – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков\*  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | | |
| 2. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает: | А) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  В) вытяжение по Шеде\*  Г) скелетное вытяжение  Д) лечения не требуется | | |
| 3. Перелом по типу «зеленой веточки» – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя\*  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | | |
| 4. Примерный срок иммобилизации при переломе ключицы у новорожденного составляет | А) 2 недели  Б) 1 месяц  В) 7 дней\*  Г) 3 недели | | |
| 5. Для иммобилизации «свежих» переломов длинных трубчатых костей у детей применяют всё, **кроме** | А) гипсовой лонгеты с фиксацией двух соседних суставов  Б) циркулярной гипсовой повязки\*  В) повязки Дезо  Г) лейкопластырного вытяжения  Д) скелетного вытяжения | | |
| 6. Переломо-вывих Монтеджа - это | А) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой  Б) вывих кисти и перелом костей предплечья в с/3  В) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей предплечья в н/3  Г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости  Д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости\* | | |
| 7. Это | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости\*  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости | | |
| 8. Механизм **разгибательного** чрезмыщелкового перелома плечевой кости | А) падение на приведенную руку  Б) падение на отведенную вытянутую руку\*  В) тракция по длине  Г) падение на согнутую в локтевом суставе руку  Д) резкое сгибание в локтевом суставе | | |
| 9. Для поднадкостничного перелома лучевой кости характерно | | А) боль в нижней трети предплечья\*  Б) патологическая подвижность  В) нарушение функции  Г) деформация предплечья  Д) отсутствие пульса на лучевой артерии | |
| 10.Оптимальный вариант лечения при родовом переломе плечевой кости со смещением отломков является | | А) открытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментная закрытая репозиция с гипсовой иммобилизацией  В) лейкопластырное вытяжение по Шеде  Г) повязка Дезо\*  Д) открытая репозиция, остеосинтез | |
| 11. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является | | | А) потеря сознания  Б) очаговая неврологическая симптоматика  В) многократная рвота  Г) ото-рино-ликворея\*  Д) кровотечение из уха и носа |
| 12. 23Это | | А) линейный перелом черепа  Б) перелом основания черепа  В) вдавленный перелом черепа\*  Г) перелом черепа по типу «целлулоидного шарика» | |
| 13. Позволяет диагностировать на рентгенограмме вывих головки лучевой кости при повреждении Монтеджа | | А) линия Смита\*  Б) линия Маркса  В) линия Омбредана  Г) линия Келлера  Д) признак Маркса-Ортолани | |
| 14. Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно | | А) деформация локтевого сустава Б) крепитация отломков  В) резко болезненное ротационное движение предплечья\*  Г) в анамнезе – падение на вытянутую руку  Д) возраст ребенка до 1 года | |
| 15. Механизм **сгибательного** чрезмыщелкового перелома плечевой кости | | А) падение на приведенную руку  Б) падение на отведенную вытянутую руку  В) тракция по длине  Г) падение на согнутую в локтевом суставе руку\*  Д) резкое сгибание в локтевом суставе | |
| 16. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\L9.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости\*  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости | |
| 17. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс | | А) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия  Б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки  В) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности\*  Г) общемозговая симптоматика, повышение температуры  Д) тетраплегия, ясное сознание | |
| **Укажите все правильные ответы** | | | |
| 18. Для ушиба головного мозга характерны | | А) ретроградная амнезия\*  Б) наличие «светлого промежутка»  В) потеря сознания\*  Г) гемипарез или гемиплегия\*  Д) очаговая неврологическая симптоматика\* | |
| 19.Для сотрясения головного мозга характерны | | А) ретроградная амнезия\*  Б) наличие «светлого промежутка»  В) потеря сознания\*  Г) гемипарез или гемиплегия  Д) очаговая неврологическая симптоматика | |
| 20. Выявление на КТ патологических изменений в полости черепа со сдавлением структур мозга подтверждает диагноз | | А) эпидуральной гематомы\*  Б) субдуральной гематомы\*  В) сотрясения головного мозга  Г) перелома основания черепа\*  Д) опухоли мозга\* | |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятия детского травматизма. Классификация, профилактика.
2. Возрастные анатомо – физиологические особенности строения костей у детей, влияющие на виды повреждений, особенности рентгенодиагностики, сроки консолидации.
3. Принципы лечения переломов костей у детей. Допустимые и недопустимые виды смещения.
4. Особенности переломов костей у детей. Типичные повреждения детского возраста: переломы по типу «зеленой веточки», поднадкостничные переломы, эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы, апофизеолизы. Перелом костей черепа по типу «целлулоидного мячика».
5. Родовые повреждения: перелом ключицы, плечевой и бедренной костей. Кефалгематома. Принципы лечения.
6. Повреждения в области локтевого сустава. Клиническая анатомия локтевого сустава, возрастная рентгеноанатомия. Над- и чрезмыщелковые переломы плечевой кости.
7. Эпифизеолиз шейки лучевой кости, вывихи, переломо-вывихи: повреждение Монтеджа.
8. Черепно – мозговая травма. Этиопатогенез, классификация. Сотрясение и контузия головного мозга.
9. Внутричерепные гематомы. Клиника, диагностика, особенности у детей различных возрастных групп, лечение, реабилитация.
10. Переломы бедренной кости у детей различного возраста. Диагностика, методы лечения.
11. Повреждения позвоночника у детей. Подвывих 1-го шейного позвонка. Компрессионный перелом позвоночника. Клиника, диагностика и лечение.
12. Закрытая травма органов брюшной полости у детей. Методы диагностики, тактика педиатра и хирурга.
13. Закрытая травма почки. Методы диагностики, тактика педиатра и хирурга.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, активные движения невозможны из-за болей. Вы – врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?
2. Ребенок трех лет шел по улице с мамой, споткнулся и стал падать. Мама резко потянула ребенка за руку и удержала его от падения, но в ту же минуту ребенок стал жаловаться на боль в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены, пронация и супинация невозможны из-за болей. Ваш диагноз, лечебная тактика?
3. Во время оказания акушерского пособия в родах новорожденный получил травму правой ручки. При осмотре в клинике: правая ручка неподвижно лежит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные - в плечевом и локтевом суставах вызывают резкое беспокойство. В средней трети правого плеча видна угловая деформация. Предварительный диагноз, дополнительные методы обследования? Лечебная тактика?
4. Ребенок 8 месяцев упал дома с дивана. Сразу заплакал, была однократная рвота. Спал беспокойно. Ребенок был осмотрен участковым педиатром: состояние средней тяжести, вял, сонлив, негативно реагирует на осмотр. В неврологическом статусе очаговых симптомов не выявлено. Отмечен горизонтальный нистагм при максимальном отведении глазных яблок. Гематомы на голове нет. Предварительный диагноз? Тактика участкового педиатра?
5. У новорожденного, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное положение с отведением правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечены угловая деформация и патологическая подвижность. Ваш предварительный диагноз, первая помощь? Тактика врача родильного дома? Дальнейшее обследование и лечение?
6. Ребенок 5 лет упал с опорой на разогнутую и приведенную руку, после чего почувствовал боль в области лучезапястного сустава. Хирург ЦРБ осмотрел ребенка, выявил локальную болезненность в нижней трети предплечья без деформации конечности, крепитации и патологической подвижности. Рентгенологического исследования не проводилось. Поставив диагноз ушиба лучезапястного сустава, врач наложил тугую повязку, рекомендовал покой, холод на место ушиба, в дальнейшем – согревающие компрессы. Какую ошибку допустил принимающий врач? Какое обследование необходимо ребенку? Предположительный диагноз и тактика?
7. Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал, ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура тела - 37,6 С, тахикардия, АД -90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре: в левом подреберье определяется ригидность мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Каков Ваш предварительный диагноз, план обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.
8. У новорожденного в области левой теменной кости имеется тестоватая опухоль, не выходящая за пределы указанной кости. Ребенок ведет себя спокойно, температура тела нормальная, кожа над образованием не гиперемирована. Диагноз, тактика.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на занятиях этого модуля проводится на отдельно взятом учебном занятии и отражено в ФОС соответствующей темы.

**Модуль № 6. Детская ортопедия**

**Тестовые задания для рубежного контроля 6-го модуля**

# Укажите один правильный ответ

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует | А) в период новорожденности\*  Б) в первые полгода жизни  В) до 1 года  Г) показано только оперативное лечение  Д) в возрасте от 1 года до 3 лет |
| 2. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является | А) ограничение отведения бедер  Б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывания)\*  В) укорочение ножки  Г) асимметрия кожных складок  Д) наружная ротация ножки |
| 3. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является | А) дисплазия тазобедренных суставов\*  Б) врожденная косолапость  В) амниотические перетяжки  Г) патологический вывих бедра  Д) мышечная кривошея |
| 4. Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является | А) ультразвуковой  Б) клинический  В) рентгенологический\*  Г) лабораторный  Д) КТ, МРТ |
| 5. При лечении врожденной мышечной кривошеи необходимы | А) консервативное лечение с 2-х недель жизни  Б) вытяжение петлей Глиссона  В) массаж  Г) ЛФК  Д) правильные ответы 1,3,4\* |
| 6. Дисплазию тазобедренных суставов у ребенка 1 месяца следует лечить | А) массажем  Б) широким пеленанием  В) гипсовой повязкой  Г) правильный ответ 1,2\*  Д) правильный ответ 1,3 |
| 7. Для врожденного вывиха бедра в 3 месяца характерен симптом | А) абсолютного укорочения конечности  Б) симптом соскальзывания  В) ограничение отведения бедер\*  Г) положительный симптом Тренделенбурга  Д) боль при отведении бедер |
| 8. Для клинической картины врожденной мышечной кривошеи у новорожденного характерно | А) спастический паралич шейных мышц  Б) гипоплазия лицевого скелета  В) веретенообразное утолщение средней или нижней трети грудинно-ключично-сосцевидной мышцы\*  Г) высокое стояние лопаток и надплечий  Д) появление припухлости после резкого поворота головы |
| 9. После завершения успешного консервативного вправления врожденного вывиха бедра ребенка следует наблюдать | А) 1-2 года  Б) 3-4 года  В) до 7 лет  Г) до 15 лет  Д) практически всю жизнь\* |
| 10. Ведущим методом лечения врожденного вывиха, подвывиха бедра у детей от 3 до 6 месяцев жизни является | А) ЛФК и массаж  Б) широкое пеленание  В) функциональные отводящие шины-распорки\*  Г) гипсовые повязки  Д) одномоментное вправление под наркозом |
| 11. При подозрении на врожденный вывих, подвывих бедра врач-педиатр назначает | А) широкое пеленание и массаж  Б) направляет в детский ортопедический центр\* |
| 12. В случае клинической и ультразвуковой диагностики врожденного вывиха, подвывиха бедра у грудного ребенка показана | А) рентгенография в прямой проекции\*  Б) рентгенография по Лауэнштейну  В) артрография  Г) радиоизотопное исследование  Д) артроскопия |
| 13. С целью своевременной диагностики врожденной патологии УЗИ тазобедренных суставов должно быть выполнено амбулаторно | А) только при подозрении на вывих бедра  Б) у всех детей в возрасте 1-3 месяцев\*  В) у всех после 6 месяцев |
| 14. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошеи выражается | А) наклоном головы в сторону пораженной мышцы  Б) поворотом головы в здоровую сторону  В) поворотом головы в пораженную сторону  Г) наклоном головы в здоровую сторону  Д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в здоровую сторону\* |
| 15. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости включает | А) приведение, супинацию и подошвенное сгибание стопы\*  Б) отведение, супинацию и подошвенное сгибание стопы  В) приведение, пронацию и тыльное сгибание стопы  Г) отведение, пронацию и установку стопы в среднем положении  Д) эквинусную установку стопы |
| Выбрать **ВСЕ** правильные ответы | |
| 16. Ограничение разведения бедеру новорожденного ребенка наблюдается при | А) врожденном вывихе бедра\*  Б) врожденном подвывихе бедра\*  В) патологическом вывихе бедра\*  Г) родовом переломе бедра  Д) болезни Пертеса |
| 17. Ведущими методами лечения врожденного вывиха, подвывиха бедра у детей до 6 месяцев жизни являются | А) ЛФК и массаж\*  Б) широкое пеленание\*  В) функциональные отводящие шины-распорки\*  Г) гипсовые повязки  Д) одномоментное вправление под наркозом  Е) раннее оперативное лечение |
| 18. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра проводится с использованием | А) широкого пеленания\*  Б) шины – распорки\*  В) шины Виленского\*  Г) подушки Фрейка\*  Д) аппарата Илизарова  Е) вытяжения по Шеде |
| 19. Для лечения врожденной мышечной кривошеи у детей родителям необходимо рекомендовать | А) корригирующую гимнастику области шеи\*  Б) массаж мышц шеи\*  В) положение в постели – больной стороной к стене  Г) подвешивание игрушек в кровать с больной стороны\*  Д) консервативное лечение с 2-х недель жизни\* |
| 20. Основные клинические признаки врожденной косолапости | А) супинация стопы\*  Б) пронация стопы  В) эквинус\*  Г) аддукция\*  Д) абдукция |

**Вариант 2**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Для сколиоза у детей характерны, **кроме** | А) асимметрия стояния надплечий  Б) асимметрия треугольников талии  В вынужденное положение головы\*  Г) деформация грудной клетки  Д) реберный горб |
| 2. Для болезни Пертеса характерны | А) боли в коленном суставе  Б) увеличение объема движений в тазобедренном суставе  В) хромота  Г) боли в тазобедренном суставе  Д) правильные ответы 1,3,4\* |
| 3. I степень сколиоза характеризуется | А) угол искривления на рентгенограмме до 10о при вертикальном положении, при горизонтальном практически исчезает\*  Б) угол искривления на рентгенограмме до 25о, выражена торсия, есть компенсаторная дуга  В) угол искривления на рентгенограмме до 40о, появляются деформация грудной клетки и реберный горб  Г) угол искривления на рентгенограмме больше 40о, наличие переднего и заднего реберных горбов, скованность движений в позвоночнике |
| 4. III степень сколиоза характеризуется | А) угол искривления на рентгенограмме до 10о при вертикальном положении, при горизонтальном практически исчезает  Б) угол искривления на рентгенограмме до 25о, выражена торсия, есть компенсаторная дуга  В) угол искривления на рентгенограмме до 40о, появляются деформация грудной клетки и реберный горб\*  Г) угол искривления на рентгенограмме больше 40о, наличие переднего и заднего реберных горбов, скованность движений в позвоночнике |
| 5. II степень сколиоза характеризуется | А) угол искривления на рентгенограмме до 10о при вертикальном положении, при горизонтальном практически исчезает  Б) угол искривления на рентгенограмме до 25о, выражена торсия, есть компенсаторная дуга\*  В) угол искривления на рентгенограмме до 40о, появляются деформация грудной клетки и реберный горб  Г) угол искривления на рентгенограмме больше 40о, наличие переднего и заднего реберных горбов, скованность движений в позвоночнике |
| 6. Какая из перечисленных болезней относится к остеохондропатиям | А) синдром Дауна  Б) синдром Шерешевского-Тернера  В) болезнь Легга-Кальве-Пертеса\*  Г) остеогенная саркома  Д) остеоид-остеома |
| 7. При подозрении на болезнь Пертеса участковому педиатру необходимо назначить | А) амбулаторное консервативное лечение  Б) срочную консультацию хирурга-ортопеда\*  В) консультацию остеофтизиатра  Г) консультацию ревматолога |
| 8. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_4.JPG | Какая стадия болезни Пертеса на рентгенограмме?  А) I стадия  Б) I I стадия\*  В) I I I стадия  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка |
| 9. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_42.JPG | Какая стадия болезни Пертеса на рентгенограмме?  А) I стадия  Б) I I стадия  В) I I I стадия\*  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка |
| 10. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_LO\Mr8_35.gif | Какая стадия болезни Пертеса на схеме?  А) I стадия  Б) I I стадия  В) I I I стадия  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка\* |
| 11. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_46.JPG | Какая из остеохондропатий изображена на R-грамме  А) болезнь Легга-Кальве-Пертеса  Б) болезнь Осгуда-Шлаттера\*  В) болезнь Кальве  Г) Болезнь Шойермана-Мау |
| 12. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_50.JPG | Какая из остеохондропатий изображена на R-грамме  А) болезнь Легга-Кальве-Пертеса  Б) болезнь Осгуда-Шлаттера  В) болезнь Кальве  Г) Болезнь Шойермана-Мау\* |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 13. Боли в коленном суставе после нагрузки, хромота встречаются при | А) инфекционно-аллергическом артрите коленного сустава\*  Б) болезни Легга-Кальве-Пертеса\*  В) стенозирующем лигаментите  Г) туберкулезном коксите  Д) болезни Осгуда – Шляттера\* |
| 14. Для болезни Пертеса характерны жалобы | А) боли в коленном суставе при нагрузке\*  Б) хромота\*  В) субфебрильная температура  Г) ограничение движений в тазобедренном суставе\*  Д) боли в тазобедренном суставе в покое\* |
| 15. При болях в коленном суставе и хромоте необходимо провести  клиническое обследование | А) сравнительное измерение местной температуры в области суставов\*  Б) сравнительное определение объема движений в тазобедренных и коленных суставах\*  В) определить наличие симптома «щелчка»  Г) проверить реакцию Манту\* |
| 16. Клиническое обследование при подозрении на болезнь Пертеса выявляет | А) ограничение движений в тазобедренном суставе\*  Б) положительный симптом “щелчка”  В) боли при ротационных движениях в тазобедренном суставе\*  Г) ограничение движений в коленном суставе  Д) положительную реакцию Манту |
| 17. Для подтверждения диагноза болезни Пертеса необходимо провести инструментальные исследования | А) рентгенография по Вангестину  Б) радиоизотопное исследование  В) МРТ\*  Г) артроскопия  Д) рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции\* |
| 18. Основными рентгенологическими симптомами для II стадии болезни Пертеса являются | А) расширение суставной щели\*  Б снижение высоты, уплощение головки бедренной кости\*  В) фрагментация головки бедренной кости  Г) остеопороз головки бедренной кости |
| 19. Основными рентгенологическими симптомами для III стадии болезни Пертеса являются | А) расширение суставной щели\*  Б снижение высоты, уплощение головки бедренной кости  В) фрагментация головки бедренной кости\*  Г) остеопороз головки бедренной кости |
| 20.Для рентгенологической картины начальной стадии болезни Пертеса характерны | А) расширение суставной щели\*  Б снижение высоты головки бедренной кости  В) фрагментация головки бедренной кости  Г) просветление в области шейки бедренной кости\*  Д) остеопороз головки бедренной кости\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. «Группы риска» по развитию диспластической патологии
2. Что такое врожденный вывих бедра
3. Ранние клинические симптомы врожденного вывиха бедра
4. УЗИ в диагностике врожденного вывиха бедра
5. Рентгенологические методы диагностики, диагностические схемы
6. Поздние симптомы врожденного вывиха бедра
7. Лечение дисплазии тазобедренных суставов
8. Лечение ребенка от 3 месяцев до 1 года
9. Лечение ребенка от 1 года до 3 лет
10. Оперативное лечение врожденного вывиха
11. Клинические симптомы врожденной косолапости.
12. Сроки и методы консервативного лечения.
13. Сроки и методы оперативного лечения.
14. Плоскостопие: определение, этиология, классификация.
15. Клиническая картина, диагностика:

а) осмотр и физикальное обследование

б) лабораторные и инструментальные исследования

1. Лечение.
2. Клиника и диагностика врожденной мышечной кривошеи у новорожденных
3. Консервативное лечение новорожденных
4. Клинические симптомы кривошеи после 1 года
5. Показания к оперативному лечению кривошеи
6. Методика выявления нарушений осанки.
7. Кифоз: врожденный, приобретенный
8. Этиология, диагностика, лечение.
9. Сколиоз: определение, этиология, классификация.
10. Клиническая картина и диагностика.
11. Консервативное лечение.
12. Хирургическое лечение.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
2. Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Диагноз и тактика.
3. Девочка 6 лет во время прогулки на улице неудачно повернула голову, после чего возникло вынужденное положение головы, ребенок перестал поворачивать шеей. Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение
4. Родители девочки 3 лет обратились на прием к детскому ортопеду с жалобами на вынужденное положение головы девочки. Ранее к врачам не обращались, не лечились. Объективно при внешнем осмотре обращает внимание вынужденное положение головы: наклонена влево, повернута вправо. Имеется видимая асимметрия лицевого черепа. Ограничены движения в шейном отделе позвоночника. При пальпации левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы отмечается ее укорочение, напряжение, утолщение, больше ключичной ножки. Кожа над напряженной мышцей приподнята в виде «кулисы».

Ваш диагноз. Какое обязательное и дополнительное обследование необходимо провести при данной патологии. Какой из методов лечения показан у данного больного и почему.

1. При рождении у ребенка диагностирована двусторонняя косолапость. Родителям был дан совет сразу после выписки из роддома обратиться к детскому ортопеду, но посемейным обстоятельства они сделали это только в шестимесячной возрасте ребенка. При осмотре отмечена гипотрофия мышц голеней, выраженное подошвенное сгибание стоп, приведение переднего отдела стоп и поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края. Какие рекомендации должен дать ортопед этим родителям?
2. Ребенок 5 лет в течение последнего месяца прихрамывает и жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре и рентгенологическом исследовании патологии в правом коленном суставе нет. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограниченны и болезненны. Температура тела и анализы крови в норме. О какой патологии нужно подумать? Ваши действия.
3. Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе. При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.
4. У мальчика 12 лет при диспансерном осмотре в школе выявлена асимметрия мышц спины при наклоне вперед, остистые отростки позвонков находятся не на одной линии, при осмотре в вертикальном положении со спины отмечается асимметрия лопаток. Ребенок отмечает, что при длительной нагрузке на позвоночник периодически возникают ноющие боли. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.
5. Мальчик 12 лет занимается в футбольной секции, последние 2 месяца стал жаловаться на боли в области правого коленного сустава после тренировки и нагрузок на ноги. При осмотре проекции бугристость большеберцовой кости увеличена в объеме и резко болезненна при перкуссии. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.
6. У девочки 12 лет диагностирован непрогрессирующий сколиоз II степени. На каком основании поставлен данный диагноз? Каково лечение этой больной?
7. У девочки 13 лет выявлен быстро прогрессирующий сколиоз III степени, за последний год деформация прогрессировала на 20о. Дуга деформации располагается в грудном отделе позвоночника. Появились одышка тахикардия при незначительной физической нагрузке. Выберите метод лечения данной больной, принцип этого лечения.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 1. Острый аппендицит у детей, перитониты детского возраста. Абдоминальный болевой синдром у девочек.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрение на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка необходимо | А) ввести промедол  Б) ввести судуксен, реланиум\*  В) ввести спазмолитики  Г) сделать теплую ванну  Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна |
| 2. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется | А) усиление болей при положении на левом боку\*  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 3. Больной острым аппендицитом в постели, занимает положение | А) на спине  Б) на животе  В) на правом боку с приведенными ногами\*  Г) на левом боку  Д) сидя |
| 4. Острый аппендицит у детей старшего возраста дифференцируют со следующими заболеваниями, **кроме:** | А) острым холециститом  Б) почечной коликой  В) острым пиелонефритом  Г) болезнью Шенляйн-Геноха  Д) паховым лимфаденитом\* |
| 5. При пальпации живота у ребенка с подозрением на острое хирургическое заболевание необходимо соблюдать все перечисленные правила, **кроме:** | А) теплые руки  Б) отвлечение внимания ребенка разговором  В) начинать с глубокой пальпации в точке локальной болезненности\*  Г) начинать с поверхностной пальпации  Д) пальпировать, постепенно приближаясь к месту наибольшей болезненности |
| 6. Наиболее характерными изменениями картины крови при остром аппендиците являются: | А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево\*  Б) гиперлейкоцитоз  В) лейкопения  Г) отсутствие изменений  Д) ускоренная СОЭ |
| 7. Симптомом Ровзинга при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом боку  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки\*  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 8. Симптомом Воскресенского при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом боку  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного\*  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 9. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит: | А) обязательно\*  Б) не обязательно  В) у детей младшего возраста по показаниям  Г) у девочек по показаниям |
| 10. Локальная болезненность в правой подвздошной области, активная мышечная защита, отрицательный симптом Щеткина –Блюмберга, катаральные явления, температура - характерны для | А) острого аппендицита  Б) копростаза  В) почечной колики  Г) печеночной колики  Д) мезаденита\* |
| 11. Локальная болезненность в правой подвздошной области, пассивная мышечная защита, положительный симптом Щеткина –Блюмберга, температура - характерны для | А) острого аппендицита\*  Б) копростаза  В) почечной колики  Г) печеночной колики  Д) мезаденита |
| 12. При болях в животе показано клиническое обследование с определением  **(выбрать все правильные ответы)** | А) зоны локальной болезненности\*  Б) мышечной защиты\*  В) симптома Щеткина-Блюмберга\*  Г) симптома Пастернацкого  Д) осмотр per rectum\* |
| 13. Ребенку с остро возникшими болями в животе показано | А) амбулаторное обследование  Б) госпитализацию в педиатрическое отделение  В) плановую госпитализацию в хирургическое отделение  Г) экстренную госпитализацию в хирургическое отделение\*  Д) госпитализацию в инфекционное отделение |
| 14. Экстренное оперативное вмешательство показано при | А) остром аппендиците\*  Б) копростазе  В) почечной колике  Г) печеночной колике  Д) пневмонии |
| 15. Червеобразный отросток - это | А) рудимент  Б) функциональный орган\*  В) порок развития  Г) аномалия  Д) вариант развития |
| 16. У ребенка в приемном покое установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (доставлен с бабушкой). Можно ли больного оперировать? | А) да, с согласия бабушки  Б) нет, необходимо только согласие родителей  В) да, решением консилиума врачей\* |
| 17. При подозрении на острый аппендицит необходимо провести обследование  **(выбрать все правильные ответы)** | А) общий анализ крови\*  Б) определение группы крови  В) общий анализ мочи\*  Г) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства\*  Д) дуоденальное зондирование  Е) компьютерную томографию |
| 18. У больного типичная клиника острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова изменений червеобразного отростка не обнаружено. Патологию какого органа следует исключить при ревизии | А) желудка  Б) печени  В) дивертикула Меккеля\*  Г) почки  Д) прямой кишки |
| 19.Что такое дивертикул Меккеля | А) остаток мочевого протока  Б) новообразование слепой кишки  В) новообразование подвздошной кишки  Г) остаток желточного протока\*  Д) жировой подвесок |
| 20.На каком отделе кишечника следует искать дивертикул Меккеля | А) слепая кишка  Б) тощая кишка  В) сигмовидная кишка  Г) подвздошная кишка\*  Д) поперечно-ободочная кишка |

**Вопросы для устного опроса**

1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость острым аппендицитом?
2. Пути инфицирования червеобразного отростка?
3. Возрастные особенности строения червеобразного отростка у детей.
4. Назовите возрастные особенности органов брюшной полости у детей младшего возраста.
5. Механизмы отграничения воспалительного процесса брюшной полости у детей.
6. Особенности клинической картины у детей младшего возраста.
7. Клиническая картина у детей старшего возраста.
8. Особенности обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит.
9. Показания к госпитализации детей с болями в животе
10. Назовите способы оперативных вмешательств у детей при остром аппендиците.
11. Что такое дивертикул Меккеля?
12. Каковы послеоперационные осложнения при аппендэктомии?
13. Назовите осложнения острого аппендицита у детей.
14. Что такое аппендикулярный инфильтрат?
15. Что является показанием к оперативному вмешательству при аппендикулярном инфильтрате?
16. Каковы возможные исходы аппендикулярного инфильтрата?
17. Какие существуют методы оперативного лечения аппендикулярного абсцесса?
18. Патогенез разлитого перитонита.
19. Объем и длительность предоперационной подготовки при перитоните – составьте примерную схему предоперационной подготовки.
20. Оперативное лечение перитонита у детей, роль лапароскопии.
21. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.
22. В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек?
23. Особенности течения первичного (диплококкового) перитонита.
24. Заболевания, приводящие к абдоминальному болевому синдрому у девочек.
25. Классификация гинекологических заболеваний у девочек.
26. Особенности традиционной диагностики и лечения.
27. Роль лапароскопии в своевременной диагностике причин боли в животе у девочек.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, кричит, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Что делать?
2. У ребенка на пятые сутки после аппендэктомии отмечаются подъемы температуры до 38оС по вечерам, появились неясные боли при дефекации. Живот не вздут, при пальпации мягкий, слегка болезненный над лоном, симптомов раздражения брюшины нет. Какое дополнительное исследование нужно провести ребенку? Предположительный диагноз, тактика хирурга?
3. В хирургическое отделение поступил мальчик 8 лет с типичной клиникой острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова обнаружено, что выпота в брюшной полости нет, червеобразный отросток макроскопически не изменен. Тактика оперирующего хирурга?
4. Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с диагнозом врача скорой помощи «Острый аппендицит?». Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,6оС, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 104 уд. в минуту. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, план обследования, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
5. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?
6. В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8оС , тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей. О каком заболевании идет речь? Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина? Дифференциальный диагноз? Какой симптом из вышеперечисленных является решающим для диагноза? Лечебная тактика?
7. У девочки 4-х лет во время лапаротомии доступом Волковича-Дьяконова по поводу подозрения на острый аппендицит со стороны червеобразного отростка изменений не выявлено. При этом хирург обнаружил опухолевидное образование, располагающееся справа в забрюшинном пространстве и напоминающее кисту. О чем можно думать? Какова тактика хирурга в данном случае?
8. Мальчик 12 лет доставлен в приемное отделение через 18 часов от начала заболевания. Появились боли в эпигастрии, которые через 4 часа переместились в правую подвздошную область, была 2 раза рвота съеденной пищей. При обследовании: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,4оС, живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется мышечное напряжение и резкая локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз? Какова особенность течения данного заболевания? Лечебная тактика.
9. Ребенок 6 лет поступил на третий день болезни с выраженными болями по всему животу, которые первоначально локализовались в правой подвздошной области, многократной рвотой застойным содержимым. Состояние тяжелое, температура 39о, бледность кожных покровов, выраженная тахикардия. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, определяется разлитая болезненность, выраженное мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины. Диагноз, лечебная тактика?
10. Девочка трех лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, двукратная рвота, температура тела повысилась до 39оС. Общее состояние быстро ухудшалось: вялость, отказ от еды, жажда. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен и болезнен во всех отделах, больше внизу. Здесь положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечаются мацерация и выделения из влагалища. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении обучающего собрать жалобы и анамнез у больных с абдоминальным болевым синдромом, уделяя особое внимание полу и возрасту ребенка, провести объективное обследование и показать умение выявлять важнейшие симптомы острого аппендицита и перитонита. Важным является умение составить план обследования ребенка с целью проведения дифференциальной диагностики перитонитов у детей, а также план предоперационной подготовки и медикаментозной терапии в послеоперационном периоде.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 2. Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника. Клиника, диагностика, методы лечения. СКН.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме:**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Пальпация живота позволяет выявить следующие патологические образования, **кроме:** | А) инфильтрата брюшной полости  Б) опухоли брюшной полости  В) инвагината  Г) меккелева дивертикула\*  Д) изменения размера органа |
| 2. У ребенка 8-ми месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов. Оптимальным методом специального обследования будет: | А) ирригография с барием  Б) УЗИ брюшной полости\*  В) обзорная рентгенография брюшной полости  Г) колоноскопия  Д) лапароскопия |
| 3. У ребенка 8-ми месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов. Оптимальным методом консервативного лечения будет: | А) пневмоирригоскопия\*  Б) ирригоскопия с барием  В) колоноскопия  Г) лапароскопия |
| 4. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: | А) возрастная дискоординация перистальтики  Б) изменение или нарушение режима питания  В) диспепсия  Г) респираторно-вирусная инфекция  Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоли, гемангиома стенки кишки)\* |
| 5. При пальпации живота у ребенка с подозрением на острое хирургическое заболевание необходимо соблюдать все перечисленные правила, **кроме:** | А) теплые руки  Б) отвлечение внимания ребенка разговором  В) начинать с глубокой пальпации в точке локальной болезненности\*  Г) начинать с поверхностной пальпации  Д) пальпировать, постепенно приближаясь к месту наибольшей болезненности |
| 6. У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна: | А) срединная лапаротомия  Б) поперечная лапаротомия  В) разрез в правой подвздошной области  Г) параректальный доступ справа\*  Д) параректальный доступ слева |
| 7. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на инвагинацию кишечника: | А) обязательно\*  Б) не обязательно  В) у детей младшего возраста по показаниям  Г) у девочек по показаниям  Д) в зависимости от клиники |
| 8. Из перечисленных методов диагностики инвагинации кишечника выполняет и лечебную задачу: | А) пальпация живота  Б) очистительная клизма  В) пальцевое ректальное исследование  Г) обзорная рентгенография брюшной полости  Д) пневмоирригоскопия\* |
| 9. Остро возникшее, не купирующееся приступообразное беспокойство у соматически здорового грудного ребенка является основным симптомом: | А) инвагинации\*  Б) болезни Гиршпрунга  В) пареза кишечника  Г) панкреатита  Д) острого аппендицита |
| рис10. Данный метод обследования называется: |  |
| 11. Выявление алой крови со слизью при ректальном пальцевом обследовании подтверждает диагноз: | А) пареза кишечника  Б) болезни Гиршпрунга  В) инвагинации\*  Г) кишечной инфекции  Д) острого аппендицита |
| 12. У ребенка с инвагинацией кишечника и давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия безуспешны. Инвагинат пальпируется в правой половине живота. Рациональный доступ: | А) срединная лапаротомия  Б) поперечная лапаротомия  В) разрез в правой подвздошной области  Г) параректальный доступ справа\*  Д) параректальный доступ слева |
| 13. Во время операции по поводу запущенной инвагинации обнаружен некроз участка подвздошной кишки. Тактика хирурга включает: | А) резекцию некротизированного участка кишки, илеостомию\*  Б) резекцию некротизированного участка кишки, илеоасцендоанастомоз  В) резекцию некротизированного участка кишки, тонко-тонкокишечный анастомоз  Г) выведение на кожу некротизированной петли кишки  Д) согревание кишки, плановую релапаротомию через 1 сутки |
| 14. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 6 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при глаадком послеоперационном течении составляют | А) 5-7 дней\*  Б) 2-3 недели  В) 1 месяц  Г) 3 месяца  Д) 1 год |
| 15. При подозрении на инвагинацию участковый педиатр назначает | А) амбулаторное обследование  Б) диету и медикаментозное лечение  В) лечебно-диагностическую пневмоирригографию  Г) экстренную госпитализацию в хирургический стационар\* |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 16. Инвагинация кишечника клинически подтверждается, если при пальпации живота определяется | А) наличие по ходу кишки «колбасовидного» образования\*  Б )симптом запустевания правой подвздошной области (с-м Данса)\*  В) пассивное мышечное напряжение в правой подвздошной области  Г) симптом «песочных часов»  Д) симптом “исчезновения печеночной тупости” |
| 17. Диагноз инвагинации кишечника можно подтвердить при помощи: | А) УЗИ брюшной полости\*  Б) обзорной рентгенографии брюшной полости  В) пневмоирригографии\*  Г) исследование пассажа контраста по ЖКТ  Д) фиброколоноскопии. |
| 18. Рентгенологическими признаками инвагинации кишечника при пневмоирригографии являются: | А) симптом «округлой тени»\*  Б) симптом «серпа»\*  В) чаши Клойбера  Г) кишечные арки  Д) свободное прохождение воздуха в тонкую кишку |
| 19. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами: | А) острое внезапное начало\*  Б) гипертермия  В) периодическое беспокойство\*  Г) постоянное беспокойство  Д) стул с кровью  Е) выделение слизи и крови из прямой кишки\* |
| 20. К причинам, способствующим возникновению инвагинации в грудном возрасте, относятся: | А) незрелость илеоцекального клапана\*  Б) аганглиоз кишечной стенки  В) высокая подвижность толстой кишки\*  Г) нарушение регуляции перистальтики\*  Д) наличие дивертикула Меккеля\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость инвагинацией кишечника?
2. Классификация, возрастные особенности развития инвагинации кишечника.
3. Причины развития заболевания, патогенез клинических симптомов.
4. Ранние признаки типичной инвагинации.
5. Клиническая картина илеоцекальной инвагинации.
6. Дифференциальная диагностика кишечной инвагинации.
7. Ультразвуковая диагностика инвагинации.
8. Рентгенодиагностика инвагинации кишечника.
9. Консервативное лечение инвагинации: показания и противопоказания.
10. Лапароскопическая дезинвагинация.
11. Оперативное лечение.
12. Причины ранней спаечной кишечной непроходимости (СКН)
13. Клиника и диагностика СКН, хирургическая тактика.
14. Поздняя спаечная кишечная непроходимость у детей

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был накануне нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика.
2. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 месяцев с диагнозом: инвагинация кишок. С момента заболевания прошло 10 часов. Выберите тактику лечения этого ребенка.
3. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было около 2 суток. В анамнезе: в возрасте 5 лет выполнена аппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
4. У ребенка 5 месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе (резкое беспокойство ребенка), была однократная рвота. Приступ боли продолжался 10 – 12 минут, затем ребенок успокоился и заснул, но через некоторое время повторился подобный приступ. При осмотре живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, в правой половине пальпируется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции. О каком заболевании следует думать? Каков план обследования ребенка?
5. Во время операции по поводу запущенной инвагинации обнаружен некроз участка подвздошной кишки. Тактика хирурга включает?
6. У ребенка с инвагинацией кишечника давность заболевания 10 часов. Консервативным путём расправить инвагинат не удалось. Инвагинат пальпируется в правой подвздошной области. Среди хирургов возникли разногласия об оперативном доступе: один предлагает срединную лапаротомию, другой – доступ Волковича-Дьяконова, третий – параректальный разрез. Каково ваше мнение?
7. У ребенка 10 лет, оперированного срединным доступом по поводу разлитого перитонита, на третьи сутки после операции сохраняется большое количество отделяемого по желудочному зонду, появились схваткообразные боли в животе. При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Газы не отходят, стула после операции не было. Предположительный диагноз? С чего начать дополнительное обследование? Сколько часов можно проводить консервативную терапию?
8. У девочки 12 лет 2 года назад выполнена аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита. В настоящий момент поступила с клиникой поздней спаечной кишечной непроходимости? В течение какого времени можно проводить консервативные мероприятия для разрешения непроходимости?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в умении студентов оценить данные ультразвукового исследования брюшной полости и пневмоирригографии при инвагинации кишечника у детей, составить план обследования при спаечной кишечной непроходимости и оценить обзорную рентгенограмму брюшной полости при СКН.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 3. Некротизирующий энтероколит у новорожденных.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Вопросы для устного опроса**

1. Причины перитонита у новорожденных
2. Понятие о язвенно-некротическом энтнероколите (НЭК)
3. Этиология и факторы риска развития НЭК
4. Классификация НЭК
5. Диагностика и лечение некротического энтероколита
6. Лечение НЭК: консервативный и оперативный этапы
7. Профилактика НЭК

**Проблемно-ситуационные задачи**

* + 1. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу вторых суток состояние резко ухудшилось: ребенок беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, частота до 160 в мин. Живот резко вздут, напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печеночная тупость не определяется, Стул и газы не отходят. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
    2. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом и угрозой выкидыша на 20 неделе беременности. Роды на 36 неделе с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождение расценено как тяжелое, ребенок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие с частотой до 160 в минуту.

Со вторых суток начато кормление сцеженным грудным молоком. Сосал вяло, срыгивал периодически с примесью желчи. Живот вздут, мягкий. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный со слизью, 2-3 раза, скудными порциями. Терял массу тела. К 6 суткам состояние ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут болезненный при пальпации. Брюшная стенка отёчна, инфильтрирована и гиперемирована в нижних отделах. Перистальтика кишечника ослаблена. Из прямой кишки получен скудный стул с примесью крови.

Предварительный диагноз, план обследования? Лечебная тактика?

**Проверка практических навыков**

Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка результатов рентгенологического обследования органов брюшной полости, как обзорных снимков, так и рентгеноконтрастного исследования.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 4. Кровотечения из пищеварительного тракта у детей. Синдром портальной гипертензии.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. У ребенка, страдающего запорами, на последней порции кала имеются прожилки алой крови. Других жалоб нет. О какой патологии можно думать | А) дивертикул Меккеля  Б) синдром портальной гипертензии  В) полип прямой кишки  Г) трещина прямой кишки  Д) язвенный рефлюкс-эзофагит |
| 2. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является | А) лейкоз  Б) трещина заднего прохода  В) язвенный колит  Г) полип прямой кишки\*  Д) гемофилия |
| 3. Диагноз кровотечение из желудочно-кишечного тракта требует от педиатра | А) амбулаторной гемостатической терапии  Б) экстренной госпитализации в хирургию\*  В) наблюдения с контрольным обследованием  Г) экстренной госпитализации в инфекционное отделение |
| 4. Ректальное исследование при кровоточащем дивертикуле Меккеля выявляет | А) мелену  Б) алую кровь  В) темно-вишневую кровь\*  Г) кровь со слизью |
| 5. Какие лабораторные исследования необходимы для дифференциальной диагностики кровоточащего дивертикула Меккеля: | А) общий анализ крови  Б) специфических нет\*  В) анализ кала  Г) биохимический анализ крови  Д) биохимический анализ мочи |
| 6. Для уточнения источника кровотечения из нижних отделов толстой кишки назначается: | А) ирригография  Б) ректороманоскопия\*  В) УЗИ органов брюшной полости  Г) пневмоирригография  Д) колоноскопия |
| 7. Ректальное исследование при подозрении на инвагинацию кишечника выявляет: | А) мелену  Б) алую кровь  В) темно-вишневую кровь  Г) кровь со слизью\* |
| 8. Обнаружение при ректальном пальцевом исследовании на слизистой прямой кишки плотного, смещаемого образования подтверждает диагноз: | А) болезни Гиршпрунга  Б) дивертикула Меккеля  В) трещины ануса  Г) полипа прямой кишки  Д) кишечной инвагинации |
| 9. Боль при дефекации на фоне запора и наличие небольшого количества алой крови в кале является симптомом: | А) болезни Гиршпрунга  Б) дивертикула Меккеля  В) трещины ануса\*  Г) полипа толстой кишки  Д) кишечной инвагинации |
| 10. Данная картина при ректоромано-скопии подтверждает диагноз |  |
| 11. Выявление алой крови со слизью при ректальном пальцевом обследовании подтверждает диагноз: | А) дивертикула Меккеля  Б) болезни Гиршпрунга  В) инвагинации\*  Г) полипа прямой кишки  Д) язвенного колита |
| 12. Кровотечение при подозрении на язвенный рефлюкс-эзофагит требует обследования: | А) ангиографии  Б) рентгенографии пищевода и желудка  В) ФЭГДС\*  Г) допплерографии сосудов системы воротной вены  Д) рН-метрии пищевода |
| 13. Кровотечение при подозрении на язву желудка требует обследования: | А) радиоизотопного исследования  Б) рентгенографии пищевода и желудка  В) допплерографии сосудов системы воротной вены  Г) ФЭГДС\*  Д) лапароскопии |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 14. Кровотечение при подозрении на синдром портальной гипертензии требует обследования: | А) радиоизотопного исследования  Б) рентгенографии пищевода и желудка  В) допплерографии сосудов системы воротной вены\*  Г) ФЭГДС\*  Д) лапароскопии |
| 15. Острое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при: | А) геморрагической болезни новорожденного\*  Б) синдроме портальной гипертензии\*  В) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки\*  Г) меккелевом дивертикуле\*  Д) полипе прямой кишки |
| 16. Хроническое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при: | А) геморрагической болезни новорожденного  Б) рефлюкс-эзофагите\*  В) полипозе толстой кишки\*  Г) меккелевом дивертикуле  Д) полипе прямой кишки\* |
| 17. Кровотечение при подозрении на дивертикул Меккеля требует обследования: | А) УЗИ брюшной полости\*  Б) радиоизотопного исследования\*  В) лапароскопии\*  Г) исследование пассажа контраста по ЖКТ  Д) фиброколоноскопии. |
| 18. Этиология и патогенез синдрома портальной гипертензии при внепеченочной форме включают: | А) идиопатическую трансформацию воротной вены\*  Б) цирроз печени  В) тромбоз воротной вены\*  Г) атрезию желчных ходов  Д) хронический персистирующий гепатит |
| 19. Для внепеченочной формы портальной гипертензии характерны симптомы: | А) спленомегалия\*  Б) гепатоспленомегалия  В) желтуха  Г) асцит\*  Д) энцефалопатия  Е) рвота с кровью\* |
| 20. Для внепеченочной формы портальной гипертензии характерны лабораторные признаки: | А) тромбоцитопения\*  Б) диспротеинемия  В) лейкопения\*  Г) повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ  Д) нормохромная анемия\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта.
2. Рефлюкс-эзофагит, кровотечение из расширенных вен пищевода
3. Гастродуоденальные кровотечения: клиника
4. Эрозивный гастрит
5. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Кишечные кровотечения: дивертикул Меккеля, гемангиомы, опухоли.
8. Полип и трещины прямой кишки.
9. Кровотечения при нарушениях свертывающей системы крови.
10. Консервативное лечение кровотечений из пищеварительного тракта.
11. Установка зонда Блэкмора: показания, техника
12. Показания и методы оперативного лечения кровотечений.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Девочка 9 лет доставлена в хирургическое отделение. Внезапно, среди полного здоровья, появилась обильная рвота с большой примесью жидкой крови и сгустков. Больная жалуется на общую слабость, сонливость. Кожные покровы бледные, живот умеренно вздут, усилен венозный рисунок на передней брюшной стенке. Живот мягкий, печень не пальпируется, селезенка выступает на 10 см, плотная, безболезненная. Стул был самостоятельный накануне, обычного цвета и консистенции. В общем анализе крови: Нв – 80 г/л, Ht – 29%, Эр – 3,2 х 1012/л, Л – 3,5 х 109/л, Тр. – 100 х 109/л, общ. белок – 72 г/л. Биллирубин общ. – 11,6 мкмоль/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л, мочевина - 5,2 ммоль/л, АЛТ, АСТ – в пределах нормы.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в животе небольшое количество свободной жидкости, печень не увеличена, структура не изменена, селезенка увеличена, структура ее уплотнена. В воротах печени выражена кавернозная трансформация воротной вены – «портальная кавернома». Допплерографическое исследование выявило замедление линейного кровотока в воротах печени.

Вопросы.

Предполагаемый диагноз?

Составьте план обследования для уточнения диагноза.

Каков клинический диагноз (основной и осложнения)?

Принципы консервативного лечения данного состояния.

Хирургические методы остановки кровотечения у данной больной.

1. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был накануне нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика.
2. У ребенка 12 лет появилась рвота с примесью темной крови, дегтеобразный стул. Из анамнеза выяснено, что у больного в течение последних двух лет наблюдались периодические боли в области желудка и рвота (без примеси крови), после которой наступало облегчение. При осмотре – живот не вздут, напряжения мышц передней брюшной стенки нет, умеренная болезненность при пальпации в верхней половине живота. Предположительный диагноз? План обследования, тактика хирурга?
3. В поликлинику обратились родители ребенка 5 лет. У мальчика часто с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови. Стул оформленный. Других жалоб нет. Ваш диагноз? План обследования и лечения?
4. У ребенка на 3 день после рождения внезапно появилась кровавая рвота. Н акоже отмечаются кровоизлияния по типу экхимозов. Позднее был стул с примесью темной крови. Ребенок бледный, отказывается от груди. При лабораторном исследовании имеется анемия и удлинение протромбинового времени. Какова по вашему мнению причина кровотечения? Какие необходимо принять меры?
5. Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Иногда в рвотных массах видны прожилки крови. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.
6. Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений — отрыжка, редко изжога. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС — 116 ударов в мин. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На задней стенке округлая язва 1,5×1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови.

Поставьте диагноз, обоснуйте его. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?

1. У ребенка 3 лет в последние 2 дня отмечается выделение темной крови из прямой кишки. Какие вы знаете причины кишечного кровотечения у детей? Почему возникает кровотечение из дивертикула Меккеля? Как его диагностировать? Методы остановки кишечного кровотечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в умении студентов решать проблемно-ситуационные задачи, оценивать результаты рентгенологического исследования при халазии пищевода, эзофагеальной грыже, данные ФЭГДС и ректороманоскопии.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 5. Острый и хронический остеомиелит. Эпиметафизарный остеомиелит. Атипичные формы остеомиелита. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. В какие сроки от начала заболевания появляются рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита: | А) на 1 – 2 сутки  Б) на 4 – 5 сутки  В) на 10 – 12 день заболевания\*  Г) через месяц от начала заболевания |
| 2. Рентгенологически острый гематогенный остеомиелит в первые сутки заболевания дифференцируют: | А) с артритом  Б) с переломом\*  В) с туберкулезом  Г) с опухолью кости |
| 3. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит измерение внутрикостного давления следует производить в течение: | А) 1 – 2 минуты\*  Б) 10 – 15 минут  В) 20 – 25 минут  Г) 30 – 40 минут  Д) 60 минут |
| 4. Наиболее ранним клиническим симптомом метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных является: | А) субфебрильная температура  Б) вялое сосание  В) клиника «псевдопареза»\*  Г) гиперемия кожи  Д) деформация конечности |
| 5. Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются: | А) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала\*  Б) периостальная реакция  В) уплотнение структуры параоссальных тканей  Г) размытость и нечеткость кортикального слоя кости  Д) явление пятнистого остеопороза |
| 6. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия предусматривают: | А) дополнительную остеоперфорацию  Б) измерение внутрикостного давления\*  В) ушивание раны  Г) промывание костно-мозгового канала  Д) дренирование раны |
| 7. У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима: | А) срочная операция  Б) плановая операция\*  В) диагностическая пункция  Г) наблюдение  Д) антибиотикотерапия |
| 8. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет не было обострения процесса. Указанный вариант течения относится: | А) к обрывному\*  Б) к затяжному  В) к молниеносному  Г) к хроническому  Д) к септикопиемическому |
| 9. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень: | А) ниже 90 мм. водн.ст  Б) 90-120 мм. водн. ст.\*  В) 120-140 мм. водн. ст;  Г) 140-160 мм. водн. ст.  Д) 160-180 мм. водн. ст. |
| 10. Наличие очага деструкции в метафизе бедренной кости является рентгенологическим симптомом | А) артрита тазобедренного сустава  Б) перелома бедренной кости  В) остеомиелита проксимального отдела бедренной кости\*  Г) рожистого воспаления  Д) неврита n.pironeus |
| 11. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении: | А) 6 месяцев  Б) 6-8 месяцев  В) 1 года  Г) 1,5-2 лет\*  Д) 3-х лет |
| 4512. При артрите тазобедренного сустава на рентгенограмме выявляется: | А) деструкция метафиза бедренной кости  Б) периостальная реакция  В) расширение тени суставной щели\*  Г) секвестры в бедренной кости  Д) патологический вывих |
| 13. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит участковый педиатр назначает: | А) амбулаторное обследование  Б) консультацию артролога и ревматолога  В) плановую госпитализацию в хирургическое отделение\*  Г) экстренную госпитализацию в хирургическое отделение  Д) консультацию фтизиатра |
| 14. У ребенка 4 лет клиника острого гематогенного остеомиелита нижней трети бедра. Второй день болезни. При пункции тканей гноя не получено. Операция включает: | А) разрез мягких тканей  Б) кожный разрез, остеоперфорацию  В) разрез мягких тканей, остеоперфорацию\*  Г) антибиотики внутривенно  Д) антибиотики внутримышечно |
| 15. Ошибкой в хирургической тактике у больных с эпифизарным остеомиелитом считают: | А) пункцию сустава  Б) сквозное дренирование сустава  В) дренирование параартикулярного пространства  Г) артротомию\*  Д) повторные пункции сустава |
| 16. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 месяцев после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится к: | А) обрывному  Б) затяжному  В) молниеносному  Г) хроническому\*  Д) септикопиемическому |
| 17. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают: | А) измерение внутрикостного давления  Б) дополнительную остеоперфорацию\*  В) ушивание раны  Г) промывание костномозгового канала  Д) дренирование раны |
| 18. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести к: | А) обрывному  Б) затяжному  В) молниеносному\*  Г) хроническому  Д) септикопиемическому |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 19. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано: | А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение  Б) диагностическая пункция сустава\*  В) дренирование сустава  Г) остеоперфорация  Д) УЗИ сустава\* |
| 20. Рентгенологические симптомы, свидетельствующие о наличии острого гематогенного остеомиелита: | А) деструкция костной ткани\*  Б) периостальная реакция\*  В) патологический перелом  Г) наличие секвестра  Д) утолщение и склероз кости |

**Вопросы для устного опроса**

1. Метаэпифизарный остеомиелит, причины развития.
2. Диагностика остеомиелита у детей раннего возраста.
3. Методы оперативного и консервативного лечения.
4. Острый гематогенный остеомиелит у детей старшего возраста.
5. Теории патогенеза острого гематогенного остеомиелита.
6. Классификация.
7. Клиника и ранняя диагностика острого гематогенного остеомиелита.
8. Рентгенодиагностика острого гематогенного остеомиелита.
9. Принципы местного и общего лечения.
10. Хронический остеомиелит, причины развития, диагностика, лечебная тактика.
11. Профилактика хронического остеомиелита, диспансеризация больных.
12. Атипичные формы остеомиелита: понятие, формы, диагностика.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Пятилетний ребенок заболел остро 7 дней назад. Жалуется на постоянные пульсирующие боли в верхней трети левой голени. Сон плохой, аппетит отсутствует, температура 38,7о. Верхняя треть голени резко отечна, кожа гиперемирована, положителен симптом флюктуации. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Диагноз? Дополнительные обследования? Лечебная тактика?
2. К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки при пеленании в последние два дня. При осмотре левая ножка приведена к животу, полусогнута в тазобедренном суставе. Активные движения отсутствуют, пассивные движения в тазобедренном суставе вызывают беспокойство. Температура тела 37,5оС. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
3. К вам обратились родители месячного ребенка с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, она лежит вдоль туловища. Пассивные движения при пеленании болезненны, вызывают беспокойство. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
4. Больной 14 лет имеет длительно незаживающий свищ в нижней трети бедра. В анамнезе – перенесенный острый гематогенный остеомиелит бедренной кости. Температура нормальная. Нижняя треть бедра утолщена, уплотнена. На наружной его поверхности имеется втянутый рубец со свищом в центре. Из свища гнойное отделяемое. Ваш диагноз, план обследования? Методы лечения?
5. В приемное отделение обратились родители ребенка 9 лет с жалобами на стойкое повышение температуры до 38-39оС, боли в нижней трети правого бедра и хромоту в течение 2-х дней. В анамнезе – получил удар во время игры в футбол. При осмотре ребенок на ногу не встает, движения в коленном суставе справа болезненны, ограничены. Имеется отек мягких тканей бедра, перкуссия бедренной кости болезненна. Предварительный диагноз? План обследования и лечения больного.
6. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит левой большеберцовой кости у ребенка 6 лет при остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия хирурга?
7. Ребенок 7 лет поступил в стационар на 3-и сутки заболевания в тяжелом состоянии с явлениями интоксикации и признаками острого гематогенного остеомиелита н/3 левого бедра. Какова тактика хирурга в данной ситуации?
8. Учитывая, что рентгенологические признаки при остром гематогенном остеомиелите появляются не ранее 10 дня, нужно ли делать рентгенограмму костей голени ребенку после ушиба при подозрении на остеомиелит в первые-вторые сутки обращения?

**Проверка практических навыков**

Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка рентгенограмм суставов у детей раннего возраста с подозрением на эпиметафизарный остеомиелит, а также длинных трубчатых костей у старших детей с различными формами остеомиелита и схожими с ним заболеваниями.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 6. Гнойные заболевания легких и плевры.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. При напряженном пиопневмотораксе у детей необходимо выполнить: | А) плевральную пункцию  Б) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Г) радикальную операцию  Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией |
| 2. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостенья в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз: | А) эмпиема плевры  Б) ателектаз легкого\*  В) напряженный пиопневмоторакс  Г) плащевидный плеврит  Д) абсцесс легкого |
| 3. Притупление перкуторного звука, отсутствие дыхание над всей поверхностью легкого и смещение средостения в сторону поражения характерно для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 4. Притупление перкуторного звука в нижних отделах с коробочным - в верхних, отсутствие дыхания над всей поверхностью легкого и смещение средостения в здоровую сторону характерно для**:** | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса\*  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 5. Коробочный звук над всей поверхностью легкого и отсутствие дыхания со смещением средостения в здоровую сторону характерно для: | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса\*  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 6. Плевральную пункцию при гидротораксе следует выполнять в: | А) 2-3 межреберье по средней подмышечной линии  Б) 6-7 межреберье по задней подмышечной линии  В) 6-7 межреберье по средней ключичной линии  Г) 6-7 межреберье по средней подмышечной линии\*  Д) 2-3 межреберье по средней ключичной линии |
| 7. Плевральную пункцию при пневмотораксе следует выполнять в: | А) 3-4 межреберье по паравертебральной линии  Б) 3-4 межреберье по передней подмышечной линии  В) 5-6 межреберье по средней подмышечной линии  Г) 6-7 межреберье по средней ключичной линии  Д) 2-3 межреберье по средней ключичной линии\* |
| 8. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкого\*  Б) напряженном пневмотораксе  В) напряженном гидротораксе  Г) абсцессе легкого  Д) пиопневмотораксе |
| IMG_00579. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| IMG_006710.Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| DSC0872311. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса\*  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| 1612. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса\* |
| 13. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого\*  Д) пиопневмоторакса |
| 14. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является: | А) пункция абсцесса  Б) радикальная операция  В) бронхоскопическая санация\*  Г) дренирование плевральной полости  Д) катетеризация бронха |
| 15. При буллезной форме деструкции легких (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является: | А) пункция буллы  Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг\*  В) дренирование буллы  Г) бронхоскопический дренаж  Д) плевральная пункция |
| 16. При плащевидном серозном плеврите лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости\*  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию |
| 17. У больного напряженный пневмоторакс с широким бронхоплевральным свищом. Ему следует рекомендовать: | А) плевральную пункцию  Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией\*  В) дренирование плевральной полости по Бюлау  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) выжидательную тактику |
| 18. При пиотораксе лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 19. Экстренная плевральная пункция показана в случае: | А) ателектаза легкого  Б) напряженного пневмоторакса\*  В) напряженного гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса\* |
| 20. Нарастание симптомов дыхательной недостаточности у ребенка с пневмонией может быть связано с: | А) ателектазом легкого  Б) гипоплазией легкого  В) пневмотораксом\*  Г) гидротораксом\*  Д) абсцессом легкого\*  Е) пиопневмотораксом\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Значение гнойно-воспалительных заболеваний в хирургии детского возраста.
2. Этиология и патогенез гнойной хирургической инфекции. Значение анатомо-физиологических особенностей детей при гнойно-воспалительных заболеваниях.
3. Гнойная инфекция мягких тканей (фурункул, флегмона, абсцесс, панариций, лимфаденит).
4. Принципы лечения гнойной инфекции у детей.
5. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
6. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
7. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
8. Деструктивная пневмония, понятие, этиопатогенез.
9. Классификация деструктивной пневмонии.
10. Внутрилегочные осложнения БДЛ, клиника, диагностика.
11. Лечение внутрилегочных осложнений БДЛ. Методы дренирования абсцессов легкого.
12. Лечение плевральных осложнений БДЛ (плевральная пункция, дренаж по Бюлау, активная аспирация, временная окклюзия бронха).
13. Консервативное лечение БДЛ и ее осложнений.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается, нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится на фебрильных цифрах. При перкуссии грудной клетки справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа практически не выслушивается. Дополнительные методы обследования. Предположительный диагноз. Лечебная тактика.
2. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной клетки тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования, лечение?
3. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. О каких осложнениях БДЛ можно думать? Дополнительное обследование? Лечебная тактика?

**Проверка практических навыков**

Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка рентгенограмм грудной клетки в двух проекциях с наличием бактериальной деструкции легких и её внутрилёгочными и внутриплевральными осложнениями: абсцесс лёгкого, буллы, плеврит, пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс. Для дифференциальной диагностики предоставляются рентгенограммы эхинококкоза, врожденных кист лёгких, ателектаза и пр.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 7. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей. Гнойные заболевания кисти и пальцев.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Особенности течения гнойной инфекции у детей определяет: | А) генерализованный характер реакций  Б) повышенная проницаемость естественных барьеров  В) относительная незрелость органов и тканей  Г) все перечисленное\*  Д) ничего из перечисленного |
| 2. У новорожденных некротическая флегмона проявляется симптомами:  1. пятнистая гиперемия  2. разлитая гиперемия  3. инфильтрация сплошная  4. инфильтрация бугристая  5 повышение местной температуры  6. распространяется  7. не распространяется | А) 1,3,5,7  Б) 2,3,5,6\*  В) 1,3,6,7  Г) 2,4,5,6  Д) 2,4,5,7 |
| 3. Причиной омфалита у новорожденных могут быть: | А) инфицирование пуповинного остатка  Б) неполный свищ желточного протока  В) полный или неполный свищ урахуса  Г) все перечисленное\*  Д) ничего из перечисленного |
| 4. У ребенка 10 дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить: | А) согревающий компресс  Б) мазевую повязку  В) 2 – 3 радиальных разреза над инфильтратом, отступя от ареолы\*  Г) антибиотики без оперативного вмешательства  Д) пункцию, отсасывание гноя, промывание полости |
| 5. У новорожденных некротическую флегмону вызывает возбудитель: | А) стафилококк\*  Б) стрептококк  В) синегнойная палочка  Г) анаэробы  Д) абактериальна |
| 6. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать: | А) характер и чувствительность микрофлоры\*  Б) локализацию гнойного очага  В) объем гнойного отделяемого  Г) характер гнойного отделяемого  Д) распространенность воспалительного процесса |
| 7. У новорожденных рожистое воспаление вызывает возбудитель: | А) стафилококк  Б) стрептококк\*  В) синегнойная палочка  Г) анаэробы  Д) абактериально |
| 8. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется: | А) особенностями вскармливания  Б) склонностью к гипертермии  В) травмой ЦНС в анамнезе  Г) относительная незрелостью органов и тканей\*  Д) токсикозом 1 половины беременности |
| 9. У ребенка 3 месяцев за короткий период времени отмечено появление множественных внутрикожных абсцессов конусовидной формы без гнойно-некротических стержней. Наиболее вероятен диагноз: | А) фурункулез  Б) псевдофурункулез\*  В) рожистое воспаление  Г) флегмона новорожденных  Д) абсцесс подкожной клетчатки |
| 10. К правильным действиям при манипуляциях в очаге некротической легмоны новорожденных относятся: | А) дренирование раны резиновыми выпускниками  Б) дренирование ирргатором для введения антибиотиков  В) повязка с гипертоническим раствором или диоксидином\*  Г) разрушение инструментом слепых карманов в подкожной клетчатке  Д) тампонирование раны после разрезов |
| 11. У новорожденных некротическая флегмона лечится:  1. консервативно, повязка с диоксидином  2. разрезы-насечки, повязка с диоксидином  3. разрезы-несечки, повязка с мазью левомеколем  4. УВЧ  5. УФО | А) 1,4,5  Б) 2,3,4  В) 2,4,5\*  Г) 3,4,5  Д) 1,5 |
| 12. У новорожденных адипонекроз проявляется симптомами:  1. пятнистая гиперемия  2. разлитая гиперемия  3. инфильтрация сплошная  4. инфильтрация бугристая  5 повышение местной температуры  6. распространяется  7. не распространяется | А) 1,4,7\*  Б) 2,3,5,6  В) 1,3,6  Г) 2,4,5  Д) 2,5,7 |
| 13. У новорожденных адипонекроз вызывает возбудитель: | А) стафилококк  Б) стрептококк  В) синегнойная палочка  Г) анаэробы  Д) абактериален\* |
| 14. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило: | А) в первичном очаге  Б) во вторичном очаге  В) в крови\*  Г) в зависимости от индивидуальных особенностей  Д) возможны все варианты |
| 15.У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца левой кисти в течение 3-х дней. Местно: отёк, гиперемия кожи, резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует: | А) паронихии  Б) кожному панарицию  В) подкожному панарицию\*  Г) подногтевому панарицию  Д) костному панарицию |
| 16.У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация ногтевой фаланги, гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз: | А) паронихия  Б) кожный панариций  В) подкожный панариций  Г) подногтевой панариций  Д) костный панариций\* |
| 17.У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует: | А) паронихии  Б) кожному панарицию\*  В) подкожному панарицию  Г) подногтевому панарицию  Д) костному панарицию |
| 18.У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в области 2-го комиссурального отверстия, резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз: | А) флегмона кисти\*  Б) сухожильный панариций  В) подкожный панариций  Г) подногтевой панариций  Д) костный панариций |
| 19.У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отёчность тканей у основания 3 пальца правой кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения пальцем отсутствуют, пассивные – резко болезненны. Указанные изменения соответствуют: | А) флегмоне кисти  Б) сухожильному панарицию\*  В) подкожному панарицию  Г) подногтевому панарицию  Д) костному панарици8 |
| 20.Для операции по поводу флегмоны кисти у ребенка 10 лет наиболее целесообразна: | А) проводниковая анестезия  Б) местная инфильтративная анестезия  В) масочный наркоз\*  Г) интубационноый наркоз  Д) хлорэтил местно |

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности строения кожи и подкожной клетчатки у новорожденных.
2. Особенности строения и кровоснабжения костей у детей раннего возраста.
3. Этиология и патогенез гнойно-септических заболеваний у детей.
4. Ведущие синдромы гнойно-септических заболеваний, их патофизиология.
5. Классификация гнойной хирургической инфекции у детей.
6. Поражение мягких тканей (флегмона новорожденных, мастит, омфалит, рожистое воспаление). Дифференциальная диагностика.
7. Особенности местного и общего лечения гнойных заболеваний мягких тканей у новорожденных.
8. Локальная гнойная инфекция у детей старшего возраста.
   1. Фурункул
   2. Абсцессы и флегмоны
   3. Гнойный парапроктит
   4. Панариции: классификация, клиника, диагностика, лечение.
   5. Особенности течения гнойных процессов на кисти.

9. Хирургическая тактика при локальной гнойной инфекции.

10. Особенности разрезов на кисти и пальцах.

11. Вросший ноготь.

**Проблемно-ситуационные задачи**

* 1. У 4-х дневного ребенка в межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6х6 см. Кожа над ним покрыта цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не повышена, пальпация безболезненна. Ребенок родился с массой 4200 г от 1 беременности, затяжных родов. Поставьте диагноз.
  2. Девочка в возрасте двух недель заболела остро. Появилось беспокойство, температура тела повысилась до 38о С, сосет вяло. В области правой грудной железы появилась припухлость размером до 2 см в диаметре с гиперемией кожи над ней. Мать обратилась к педиатру, который рекомендовал полуспиртовые компрессы и УВЧ. Верны ли рекомендации педиатра. Ваш диагноз и лечебная тактика.
  3. У ребенка трех недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела поднялась до 39о, Появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На спине в межлопаточной области мать заметила красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось в размерах, приобрело багровый цвет. Четких границ с непораженной кожей нет, флюктуации нет. О каком заболевании идет речь? Тактика участкового педиатра?
  4. Ребенок 14 лет жалуется на пульсирующие боли в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти в течение 2 дней. Местно: отёк, гиперемия кожи. Резкая болезненность при пальпации, движения в дистально межфаланговом суставе ограничены из-за болей. Предположительный диагноз? Тактика педиатра и хирурга? Какое обезболивание потребуется больному?
  5. В районной больнице общий хирург вскрыл некротическую флегмону у новорожденного в межлопаточной области двумя параллельными большими разрезами и дренировал гнойник марлевыми турундами. Оцените действия хирурга.
  6. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в области 2-го комиссурального отверстия, резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз? Хирургическая тактика?
  7. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация ногтевой фаланги, гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз? Хирургическая тактика.
  8. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца левой кисти в течение 3-х дней. Местно: отёк, гиперемия кожи, резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует? Опишите хирургическую тактику.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии заключается в решении проблемно-ситуационных задач, включающем обоснование диагноза, описание хирургической тактики, обосновании метода обезболивания и последовательности хирургических действий.

**Модуль 1. Неотложная и гнойная хирургия у детей.**

**Тема 8. Синдром отёчной мошонки.**

Формы текущего контроля успеваемости: Письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Для остро развившейся водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является | А) появление припухлости в одной половине мошонки\*  Б) ухудшение общего состояния  В) подъем температуры  Г) резкая болезненность при пальпации мошонки  Д) гиперемия кожи мошонки |
| 2. Диафаноскопия показана | А) при паховой грыже  Б) при пахово-мошоночной грыже  В) при перекруте яичка  Г) при остро возникшей кисте семенного канатика\*  Д) при бедренной грыже |
| 3. Пункция оболочек яичка показана при | А) кисте семенного канатика  Б) перекруте яичка  В) орхоэпидидимите  Г) напряженной водянке оболочек яичка\*  Д) идиопатическом отека мошонки |
| 4. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить с | А) орхитом  Б) водянкой оболочек яичка\*  В) варикоцеле  Г) перекрутом гидатиды Морганьи  Д) орхоэпидидимитом |
| 5. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе – боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать | А) динамическое наблюдение  Б) гормональную терапию  В) безотлагательное оперативное вмешательство  Г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией  Д) динамическое наблюдение в течение 2 лет |
| 6. У мальчика 2-х лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. Со слов матери, эта припухлость появилась сутки назад. | А) водянка оболочек яичка  Б) ущемленная паховая грыжа  В) остро развившаяся водянка оболочек яичка  Г) ущемленная пахово-мошоночная грыжа  Д) перекрут яичка |
| 7. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой половины мошонки. Яичко увеличено, плотное, резко болезненной, слегка подтянуто к корню мошонки. Дифференциальную диагностику следует провести с | А) ушибом яичка  Б) разрывом яичка  В) перекрутом яичка  Г) перекрутом подвесок яичка  Д) аллергическим отеком мошонки |
| 8.Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно возникшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек мошонки, больше справа, яичко на ощупь не изменено, пальпация мошонки болезненна. Температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом. В данном случае наиболее вероятен диагноз | А) ушибом яичка  Б) разрывом яичка  В) перекрутом яичка  Г) перекрутом подвесок яичка  Д) аллергическим отеком мошонки\* |
| 9. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичка | А) перекрут гидатиды яичка\*  Б) перекрут яичка  В) орхоэпидидимит  Г) флегмона Фурнье  Д) травматический разрыв яичка |
| 10. Для перекрута яичка в мошонке характерны | А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гипертермия  Б) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация  В) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик\*  Г) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация  Д) симптоматика зависит от возраста |
| **Укажите ВСЕ правильные ответы** | |
| 11. Какие клинические проявления характерны для перекрута гидатиды яичка | А) подострое начало заболевания\*  Б) темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии\*  В) наличие выпота в оболочках яичка\*  Г) пальпируется болезненное округлое образование на яичке\*  Д) тяжелая интоксикация и лихорадка |
| 12. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой половины мошонки. Яичко увеличено, плотное, резко болезненной, слегка подтянуто к корню мошонки. Дифференциальную диагностику следует провести с | А) ушибом яичка\*  Б) разрывом яичка  В) перекрутом яичка\*  Г) перекрутом подвесок яичка  Д) аллергическим отеком мошонки |
| 13. С каким состоянием следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка | А) орхоэпидидимит\*  Б) перекрут яичка\*  В) аллергический отек мошонки\*  Г) ущемленная паховая грыжа  Д) рожистое воспаление мошонки\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие синдрома отечной мошонки.
2. Заворот яичка: определение, этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.
3. Некроз гидатид яичка: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, лечение.
4. Травма яичка и мошонки: закрытые повреждения мошонки и ее органов, вывих яичка.
5. Острый неспецифический эпидидимит, орхоэпидидимит: этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
6. Остро развившаяся водянка оболочек яичка.
7. Аллергический отек мошонки: клиническая картина и дифференциальная диагностика.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Ребенок 12 лет обратился с жалобами на боль в правой половине мошонки, появившуюся 2 часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненно, малоподвижно. Кожа мошонки гиперемирована. Ваш диагноз и тактика?
2. Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно возникшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек мошонки, больше справа, яичко на ощупь не изменено, пальпация мошонки болезненна. Температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом. В данном случае наиболее вероятен диагноз.
3. Ребенок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отек и гиперемию кожи. Левое яичко в мошонке, увеличено в размерах по сравнению с правым, болезненно при пальпации. Травму ребенок отрицает. Ваш диагноз и тактика?
4. На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Общее состояние удовлетворительное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание  
   безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и [гиперемия](http://pediatrino.ru/patologicheskaya-anatomiya-i-klinichesk/polnokrovie-giperemiya/) левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса. Поставьте предварительный диагноз.  
   Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи?
5. Мальчик 13 лет получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см, тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

Диагноз. Какую тактику лечения вы изберете? Ее обоснование.

1. Мальчик 14 лет жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация.

Диагноз. Лечение.

1. Больной 5 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне внезапно - почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит. При осмотре: отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. В данном случае имеет место? Лечебная тактика.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на решении проблемно-ситуационных задач, оценке результатов ультразвукового исследования.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 1. Пороки, варианты и аномалии развития. Общие принципы диагностики пороков развития у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: Письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач.

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Врожденный пророк развития это - | А) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате генетически детерминированного нарушения эмбриональной дифференцировки\*  Б) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате внешнесредового воздействия на развитие эмбриона или плода  В) анатомическое нарушение формы или положения органа в результате внешних, чаще механических воздействий на плод без нарушений эмбриональной дифференцировки  Г) морфологический дефект клеток или тканевых структур, возникший в результате генетически детермирированных нарушений дифференцировки клеток или тканей |
| 2. Врожденная высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами: | А) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизистые пробки\*  Б) рвота желчью, вздутый живот, в прямой кишке – слизь с кровью  В) рвота кишечным содержимым, запавший живот  Г) рвота кишечным содержимым, вздутый живот, в прямой кишке – слизистые пробки  Д) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизь с кровью |
| 3. Среди причин врожденной кишечной непроходимости вызывает атрезию кишечника: | А) нарушение вращения кишечника  Б) кистофиброз поджелудочной железы  В) нарушение иннервации кишечной стенки  Г) аномальный сосуд  Д) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура\* |
| 4. Ведущим рентгенологическим симптомом высокой врожденной кишечной непроходимости является: | А) равномерное повышенное газонаполнение кишечника  Б) наличие двух уровней жидкости\*  В) множественные уровни жидкости в кишечнике  Г) свободный газ в брюшной полости  Д) «немой» живот |
| 5. Отсутствие на обзорной рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при: | А) атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом  Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма)\*  В) халазии кардии  Г) врожденном коротком пищеводе  Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы |
| 6. Среди причин врожденной кишечной непроходимости вызывает мекониальный илеус: | А) нарушение вращения кишечника  Б) кистофиброз поджелудочной железы\*  В) нарушение иннервации кишечной стенки  Г) аномальный сосуд  Д)нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура |
| 7. Этиологическим фактором рвоты молоком при пилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника\*  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза |
| 8. Деформация - это | А) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате генетически детерминированного нарушения эмбриональной дифференцировки  Б) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате внешнесредового воздействия на развитие эмбриона или плода  В) анатомическое нарушение формы или положения органа в результате внешних, чаще механических воздействий на плод без нарушений эмбриональной дифференцировки\*  Г) морфологический дефект клеток или тканевых структур, возникший в результате генетически детермирированных нарушений дифференцировки клеток или тканей |
| 9. Этиологическим фактором рвоты молоком при псевдопилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза\* |
| 10. Рвота “желчью и зеленью”, западение живота, отсутствие стула с рождения отмечаться при: | А) пилоростенозе  Б) атрезии 12-перстной кишки\*  В) некротическом энтероколите  Г) атрезии тощей кишки  Д) синдроме Ледда |
| 11. Дизрупция - это | А) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате генетически детерминированного нарушения эмбриональной дифференцировки  Б) морфологический или анатомический дефект органа или области тела, возникший в результате внешнесредового воздействия на развитие эмбриона или плода\*  В) анатомическое нарушение формы или положения органа в результате внешних, чаще механических воздействий на плод без нарушений эмбриональной дифференцировки  Г) морфологический дефект клеток или тканевых структур, возникший в результате генетически детермирированных нарушений дифференцировки клеток или тканей |
| 12. При УЗИ: утолщение стенки, увеличение длины, уменьшение просвета привратника - характерные признаками для: | А) желудочно-пищеводного рефлюкса  Б) дискинезии жкт  В) врожденного пилоростеноза\*  Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Д) атрезии пищевода |
| 13. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода является: | А) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ  Б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищами  В) атрезия пищевода без свища  Г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом\*  Д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом |
| 14. Новорожденному ребенку с подозрением на острую форму болезни Гиршпрунга необходимо выполнить обследование: | А) цистографию  Б) динамическое рентгеноконтрастное исследование ЖКТ  В) ирригографию с контрастным веществом\*  Г) инвертограмму по Вангенстину  Д) пневмоирригографию |
| 15. Укажите метод специального обследование, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом: | А) ультразвуковое исследование  Б) аортография  В) бронхография  Г) ангиопульмонография  Д) бронхоскопия\* |
| 16. Клинически у ребенка первых суток жизни выявлено: запавший, мягкий, безболезненный живот, перистальтика усилена, из желудка получено до 15мл зелени, из прямой кишки – серые слизистые пробки, что характерно для: | А) пилоростеноза  Б) атрезии 12-перстной кишки\*  В) некротического энтероколита  Г) атрезии тощей кишки  Д) синдрома Ледда |
| 17. При рентгенологическом исследовании для подтверждения атрезии пищевода используется: | А) 1 мл взвеси сернокислого бария  Б) 10 мл водорастворимого контраста  В) 1 мл водорастворимого контраста\*  Г) 10 мл взвеси сернокислого бария  Д) 1 мл метиленовой сини |
| 18. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии – отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз: | А) гипоплазия правого легкого  Б) ателектаз правого легкого  В) агенезия легкого справа  Г) спонтанный пневмоторакс  Д) аплазия правого легкого\* |
| 19. При атрезии прямой кишки у девочек наиболее часто встречается: | А) ректовестибулярный свищ\*  Б) ректовагинальный свищ  В) ректоуретральный свищ  Г) ректовезикальный свищ  Д) ректопромежностный свищ |
| 20. При подозрении на кишечную непроходимость у новорожденного ребенка необходимо выполнить: | А) обзорную рентгенограмму брюшной полости  Б) ФЭГДС  В) колоноскопию  Г) пневмоирригографию  Д) радиоизотопное исследование |

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое врожденная кишечная непроходимость?
2. Эмбриогенез кишечной трубки.
3. Нормальный внутриутробный поворот средней кишки и его патология.
4. Причины врожденной кишечной непроходимости.
5. Классификация врожденной кишечной непроходимости.
6. Клиника и диагностика высокой врожденной кишечной непроходимости.
7. Клиника и диагностика низкой врожденной кишечной непроходимости.
8. Атрезия пищевода (АП), понятие, этиопатогенез.
9. Анатомические формы атрезии пищевода.
10. Диагностика атрезии пищевода в родильном доме.
11. Рентгенодиагностика АП.
12. Аноректальные пороки развития: понятие, эмбриогенез.
13. Классификация аноректальных пороков.
14. Клиника и диагностика безсвищевых форм атрезии прямой кишки.
15. Атрезия ануса и прямой кишки со свищами, диагностика.
16. Что такое диафрагмальная грыжа?
17. Эмбриогенез диафрагмальных грыж.
18. Классификация диафрагмальных грыж.
19. Диафрагмально-плевральные грыжи: истинные и ложные. Грыжа Богдалека.
20. Клиническая картина дифарагмально-плевральных грыж.
21. Диагностика в родильном доме, лечебная тактика.
22. Синдром «асфиктического ущемления» диафрагмальной грыжи.
23. Парастернальные и френикоперикардиальные грыжи: клиника и диагностика.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного в течение 24 часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение. Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?
2. В детское хирургическое отделение поступил новорожденный с атрезией анального отверстия. С момента рождения прошло 3 часа. Среди хирургов возникли разногласия по поводу целесообразности проведения исследования по Вангенстину. Каково Ваше мнение? Какую следует избрать диагностическую и лечебную тактику?
3. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации живота ребенок беспокоится, плачет. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Тактика врача родильного дома?
4. У ребенка в первые часы после рождения появилась обильная рвота с желчью. После попытки кормления рвота усиливается. Общее состояние в первые сутки страдало мало, затем появились вялость, адинамия, за сутки ребенок потерял в весе 150 г. Дважды отмечено отхождение скудного сероватого мекония. При осмотре выражены признаки обезвоживания (какие?). Живот мягкий, вздут в эпигастрии, после рвоты вздутие уменьшается. Предварительный диагноз? Какими методами исследования его подтвердить?
5. Мальчик В. родился от первой беременности, срочных родов. Отмечалось многоводие. Оценка по шкале Апгар - 6-7 баллов. Масса тела при рождении 2900 г. Через 6 часов после рождения появилась рвота желчью. В течение суток рвота желчью повторялась несколько раз. Был однократно скудный стул серого цвета. Через сутки после рождения состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, тургор тканей снижен, кожные покровы бледные, «мраморные». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС- 160 в минуту. Живот вздут в области эпигастрия, в остальных отделах - запавший, мягкий. С помощью зонда из желудка удалено 70 мл содержимого, ярко окрашенного желчью, после чего вздутие уменьшилось. Ампула прямой кишки пустая. Диурез снижен.

Предположительный диагноз? Действия врачей родильного дома? Маршрутизация данного больного?

1. У новорожденного с первых минут после рождения отмечается обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны. Какое заболевание следует исключить? Какие необходимы дополнительные исследования? Какова лечебная тактика в условиях родильного дома?
2. Во время операции по поводу атрезии пищевода хирург обнаружил нижний трахео-пищеводный свищ. Расстояние между проксимальным и дистальным отрезками пищевода 4 см. Какие варианты операции возможны? Какой следует признать оптимальным?
3. В клинику детской хирургии доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом - атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод по зонду введено 1,5 мл водорастворимого контраста) обнаружен слепо заканчивающийся оральный отрезок пищевода и два воздушных пузыря в брюшной полости. В кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает на себя внимание запавший живот. Предположительный диагноз, лечебная тактика.
4. У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка. Цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. Предположительный диагноз? Диагностическая тактика?
5. Ребенок родился в срок от нормально протекавшей беременности с массой тела 3300 г, закричал сразу. При антенатальном УЗИ плода на сроке в 21 неделю предположительно было отмечено перемещение петель кишечника в левую половину грудной клетки. Через 1 час после рождения у ребенка развились дыхательные нарушения: одышка, цианоз, причем острая дыхательная недостаточность прогрессировала очень быстро.

При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. При осмотре, помимо цианоза и одышки, обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки с выбуханием и отсутствием экскурсии её левой половины, а также запавший «ладьевидный» живот. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука с периодическим появлением тимпанита. При аускультации сердечные тоны выслушиваются справа от грудины, слева – отсутствие дыхание, периодически удаётся выслушать «булькающие» шумы.

Вопросы. Каков предположительный диагноз?

Какое исследование позволяет уточнить диагноз и что вы ожидаете увидеть при данном обследовании?

Какова тактика врача родильного дома?

Правила транспортировки больного с установленным диагнозом?

В чем заключается принцип оперативного лечения данной патологии?

**Проверка практических навыков**

Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка результатов рентгенологического обследования органов брюшной полости, как обзорных снимков, так и рентгеноконтрастного исследования. Оценка рентгенологического исследования по Вангенстину.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 2. Синдром «острого живота» и кишечной непроходимости у новорожденных.**

Формы текущего контроля успеваемости: Письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Ведущим рентгенологическим симптомом низкой врожденной кишечной непроходимости является**:** | А) равномерное повышенное газонаполнение кишечника  Б) наличие двух уровней жидкости  В) множественные уровни жидкости в кишечнике\*  Г) свободный газ в брюшной полости  Д) «немой» живот |
| 2. Врожденная высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами: | А) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизистые пробки\*  Б) рвота желчью, вздутый живот, в прямой кишке – слизь с кровью  В) рвота кишечным содержимым, запавший живот  Г) рвота кишечным содержимым, вздутый живот, в прямой кишке – слизистые пробки  Д) рвота желчью, запавший живот, в прямой кишке – слизь с кровью |
| 3. Среди причин врожденной кишечной непроходимости вызывает атрезию кишечника: | А) нарушение вращения кишечника  Б) кистофиброз поджелудочной железы  В) нарушение иннервации кишечной стенки  Г) аномальный сосуд  Д) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура\* |
| 4. Ведущим рентгенологическим симптомом высокой врожденной кишечной непроходимости является: | А) равномерное повышенное газонаполнение кишечника  Б) наличие двух уровней жидкости\*  В) множественные уровни жидкости в кишечнике  Г) свободный газ в брюшной полости  Д) «немой» живот |
| 5. Низкую кишечную непроходимость у новорожденных **отрицает** симптом: | А) многократной рвоты застойным содержимым  Б) отсутствия стула  В) аспирации  Г) мягкого безболезненного живота\*  Д) вздутого болезненного живота |
| 6. Среди причин врожденной кишечной непроходимости вызывает мекониальный илеус: | А) нарушение вращения кишечника  Б) кистофиброз поджелудочной железы\*  В) нарушение иннервации кишечной стенки  Г) аномальный сосуд  Д)нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура |
| 7. Для перитонита новорожденных **нехарактерным** клиническим симптомом является: | А) эксикоз  Б) вздутие живота  В) задержка стула  Г) полиурия\*  Д) сердечно-сосудистые нарушения |
| 8. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз: | А) пилоростеноз  Б) частичная высокая кишечная непроходимость  В) низкая кишечная непроходимость  Г) синдром Ледда\*  Д) инвагинация кишечника |
| 9. При подозрении на кишечную непроходимость показано: | А) инфузионная терапия, наблюдение  Б) перевод в хирургический стационар\*  В) перевод в реанимационное отделение родильного дома |
| 10. Рвота “желчью и зеленью”, западение живота, отсутствие стула с рождения отмечаться при: | А) пилоростенозе  Б) атрезии 12-перстной кишки\*  В) некротическом энтероколите  Г) атрезии тощей кишки  Д) синдроме Ледда |
| **2008_05_30_557**11. Рентгенограмма указывает на: | А) болезнь Гиршпрунга  Б) пилоростеноз  В) атрезию 12-перстной кишки\*  Г) некротический энтероколит  Д) атрезию тощей кишки |
| P101042312. Рентгенограмма указывает на: | А) болезнь Гиршпрунга  Б) пилоростеноз  В) атрезию 12-перстной кишки  Г) некротический энтероколит  Д) атрезию тонкой кишки\* |
| IMG_004613. Рентгенограмма указывает на: | А) перфоративный перитонит новорожденного\*  Б) пилоростеноз  В) атрезию 12-перстной кишки  Г) некротический энтероколит  Д) атрезию тонкой кишки |
| 14. Новорожденному ребенку с подозрением на острую форму болезни Гиршпрунга необходимо выполнить обследование: | А) цистографию  Б) динамическое рентгеноконтрастное исследование ЖКТ  В) ирригографию с контрастным веществом\*  Г) инвертограмму по Вангенстину  Д) пневмоирригографию |
| **IMG_0878**15. Выявление на ирригографии с контрастым веществом сужения прямой и сигмовидной кишки с супрастенотическим расширением поперечно-ободочной характерно для | А) болезни Гиршпрунга\*  Б) пилоростеноза  В) атрезии 12-перстной кишки  Г) некротического энтероколита  Д) атрезии тонкой кишки |
| 16. Клинически у ребенка первых суток жизни выявлено: запавший, мягкий, безболезненный живот, перистальтика усилена, из желудка получено до 15мл зелени, из прямой кишки – серые слизистые пробки, что характерно для: | А) пилоростеноза  Б) атрезии 12-перстной кишки\*  В) некротического энтероколита  Г) атрезии тощей кишки  Д) синдрома Ледда |
| 17. Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является: | А) ятрогенные повреждения  Б) дефицит лизоцима  В) язвенно-некротический энтероколит в III и IV стадиях\*  Г) порок развития стенки кишки  Д) заменное переливание крови |
| 18. Из всех перечисленных симптомов разлитого перитонита новорожденных наиболее достоверным является: | А) лейкоцитоз  Б) рвота застойным содержимым  В) отек и гиперемия передней брюшной стенки\*  Г) жидкий стул  Д) полиурия |
| 19. При атрезии прямой кишки у девочек наиболее часто встречается: | А) ректовестибулярный свищ\*  Б) ректовагинальный свищ  В) ректоуретральный свищ  Г) ректовезикальный свищ  Д) ректопромежностный свищ |
| 20. При подозрении на кишечную непроходимость у новорожденного ребенка необходимо выполнить: | А) обзорную рентгенограмму брюшной полости\*  Б) ФЭГДС  В) колоноскопию  Г) пневмоирригографию  Д) радиоизотопное исследование |

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое врожденная кишечная непроходимость?
2. Эмбриогенез кишечной трубки.
3. Нормальный внутриутробный поворот средней кишки и его патология.
4. Причины врожденной кишечной непроходимости.
5. Классификация врожденной кишечной непроходимости.
6. Патофизиология нарушений гомеостаза при высокой врожденной кишечной непроходимости.
7. Патофизиология нарушений гомеостаза при низкой врожденной кишечной непроходимости.
8. Клиника и диагностика высокой врожденной кишечной непроходимости.
9. Клиника и диагностика низкой врожденной кишечной непроходимости.
10. Особенности предоперационной подготовки при врожденной кишечной непроходимости.
11. Принципы оперативного лечения врожденной кишечной непроходимости.
12. Причины перитонита у новорожденных
13. Понятие о язвенно-некротическом энтероколите
14. Клиника перфоративного перитонита новорожденных
15. Диагностика и лечение перитонита новорожденных

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного в течение 24 часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение. Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?
2. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу вторых суток состояние резко ухудшилось: ребенок беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, частота до 160 в мин. Живот резко вздут, напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печеночная тупость не определяется, Стул и газы не отходят. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
3. В детское хирургическое отделение поступил новорожденный с атрезией анального отверстия. С момента рождения прошло 3 часа. Среди хирургов возникли разногласия по поводу целесообразности проведения исследования по Вангенстину. Каково Ваше мнение? Какую следует избрать диагностическую и лечебную тактику?
4. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации живота ребенок беспокоится, плачет. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Тактика врача родильного дома?
5. Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за последний месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что мама отмечает у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
6. У ребенка в первые часы после рождения появилась обильная рвота с желчью. После попытки кормления рвота усиливается. Общее состояние в первые сутки страдало мало, затем появились вялость, адинамия, за сутки ребенок потерял в весе 150 г. Дважды отмечено отхождение скудного сероватого мекония. При осмотре выражены признаки обезвоживания (какие?). Живот мягкий, вздут в эпигастрии, после рвоты вздутие уменьшается. Предварительный диагноз? Какими методами исследования его подтвердить?
7. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу вторых суток состояние резко ухудшилось: ребенок беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, частота до 160 в мин. Живот резко вздут, напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печеночная тупость не определяется, Стул и газы не отходят. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
8. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом и угрозой выкидыша на 20 неделе беременности. Роды на 36 неделе с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождение расценено как тяжелое, ребенок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие с частотой до 160 в минуту. Со вторых суток начато кормление сцеженным грудным молоком. Сосал вяло, срыгивал периодически с примесью желчи. Живот вздут, мягкий. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный со слизью, 2-3 раза, скудными порциями. Терял массу тела. К 6 суткам состояние ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут болезненный при пальпации. Брюшная стенка отёчна, инфильтрирована и гиперемирована в нижних отделах. Перистальтика кишечника ослаблена. Из прямой кишки получен скудный стул с примесью крови.

Предварительный диагноз, план обследования? Лечебная тактика?

1. В поликлинику обратились родители мальчика 1 месяца с жалобами на вялость, бледность кожных покровов, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула не было с рождения, только после клизмы. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ухудшилось, ребенок отказывается от еды. Живот увеличился в размерах. Предположительный диагноз, тактика педиатра, программа обследования и лечения.
2. Мальчик В. родился от первой беременности, срочных родов. Отмечалось многоводие. Оценка по шкале Апгар - 6-7 баллов. Масса тела при рождении 2900 г. Через 6 часов после рождения появилась рвота желчью. В течение суток рвота желчью повторялась несколько раз. Был однократно скудный стул серого цвета. Через сутки после рождения состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, тургор тканей снижен, кожные покровы бледные, «мраморные». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС- 160 в минуту. Живот вздут в области эпигастрия, в остальных отделах - запавший, мягкий. С помощью зонда из желудка удалено 70 мл содержимого, ярко окрашенного желчью, после чего вздутие уменьшилось. Ампула прямой кишки пустая. Диурез снижен.

Предположительный диагноз? Действия врачей родильного дома? Маршрутизация данного больного?

**Проверка практических навыков**

Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка результатов рентгенологического обследования органов брюшной полости, как обзорных снимков, так и рентгеноконтрастного исследования.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 4. Пороки развития пищевода, пилоростеноз, гастроэзофагеальный рефлюкс у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: Письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. При пилоростенозе стул: | А) скудный, темно-зеленый\*  Б) постоянный запор  В) обильный не переваренный  Г) частый жидкий зловонный  Д) водянистый |
| 2. Наиболее достоверным методом определения степени агрессивности гастроэзофагеального рефлюкса является: | А) эзофагоскопия  Б) манометрия  В) рН – метрия пищевода\*  Г) рентгеноконтрастное исследование  Д) компьютерная томография |
| 3. Отсутствие на обзорной рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при: | А) атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом  Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма)\*  В) халазии кардии  Г) врожденном коротком пищеводе  Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы |
| 4. При рентгенологическом исследовании для подтверждения атрезии пищевода используется: | А) 1 мл взвеси сернокислого бария  Б) 10 мл водорастворимого контраста  В) 1 мл водорастворимого контраста\*  Г) 10 мл взвеси сернокислого бария  Д) 1 мл метиленовой сини |
| 5. Этиологическим фактором рвоты молоком при пилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника\*  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза |
| 6. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода является: | А) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ  Б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищами  В) атрезия пищевода без свища  Г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом\*  Д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом |
| 7. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются: | А) в первые дни после рождения  Б) на второй – третьей неделе жизни\*  В) после 3-х месяцев жизни  Г) после 1 месяца жизни  Д) после 1года жизни |
| 8. Масса тела при пилоростенозе характеризуется: | А) малой прибавкой  Б) возрастным дефицитом  В) прогрессирующим падением\*  Г) неравномерной прибавкой  Д) отсутствием прибавки |
| 9. Под болезнью гастроэзофагеального рефлюкса понимают: | А) заброс содержимого из желудка в пищевод  Б) загрудинные боли  В) региргитацию  Г) рвоту  Д) симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого\* |
| 10. Обильная рвота с 3-й недели, возникающая между кормлениями, створоженным молоком и слизью, запоры отмечаются при: | А) желудочно-пищеводном рефлюксе  Б) дискинезии жкт  В) врожденном пилоростенозе  Г) адрено-генитальном синдроме, сольтеряющей форме  Д) атрезии пищевода |
| 11. Рентгенограмма указывает на: | А) желудочно-пищеводный рефлюкс  Б) дискинезию жкт  В) врожденный пилоростеноз  Г) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы\*  Д) атрезию пищевода |
| 12. Рентгенограмма указывает на: | А) желудочно-пищеводный рефлюкс\*  Б) дискинезию жкт  В) врожденный пилоростеноз  Г) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы  Д) атрезию пищевода |
| 13.Симптомокомплекс: перистальтика гипертрофированного желудка, пальпируемое в зоне привратника плотное образование, снижение диуреза у ребенка с рвотой молоком – характерен для: | А) желудочно-пищеводного рефлюкса  Б) дискинезии жкт  В) врожденного пилоростеноза\*  Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Д) атрезии пищевода |
| 14. Неукротимая рвота пищей с месяца, не связанная с кормлениями, иногда с примесью желчи, поносы, частые мочеиспускания отмечаются при: | А) желудочно-пищеводном рефлюксе  Б) дискинезии жкт  В) врожденном пилоростенозе  Г) адрено-генитальном синдроме, сольтеряющей форме8  Д) атрезии пищевода |
| 15. При УЗИ: утолщение стенки, увеличение длины, уменьшение просвета привратника - характерные признаками для: | А) желудочно-пищеводного рефлюкса  Б) дискинезии жкт  В) врожденного пилоростеноза\*  Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Д) атрезии пищевода |
| 16. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: | А) склонность к запорам  Б) желтуха  В) рвота «фонтаном»\*  Г) жажда  Д) олигурия |
| 17. Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место при: | А) истинных грыжах собственно диафрагмы  Б) при дефектах диафрагмы  В) грыже пищеводного отверстия диафрагмы\*  Г) передних грыжах  Д) френикоперикардиальных грыжах |
| 18. Какую операцию выполняют при пилоростенозе: | А) пилоромиотомию\*  Б) резекцию желудка  В) гастроэнтнроанастомоз  Г) пилоропластику с ваготомией  Д) лечение консервативное |
| 19. Этиологическим фактором рвоты молоком при псевдопилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратника  Б) пептический стеноз привратника  В) гиперсимпатикотония  Г) ваготония  Д) биохимический дефект стероидогенеза\* |
| 20. Характер рвотных масс при пилоростенозе: | А) слизью  Б) желчью  В) зеленью  Г) с примесью крови  Д) створоженным молоком\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Атрезия пищевода (АП), понятие, этиопатогенез.
2. Анатомические формы атрезии пищевода.
3. Диагностика атрезии пищевода в родильном доме.
4. Тактика врача родильного дома.
5. Транспортировка новорожденного с АП.
6. Рентгенодиагностика АП.
7. Предоперационная подготовка.
8. Принципы хирургического лечения АП.
9. Эмбриогенез врожденного трахеопищеводного свища
10. Клиника, методы диагностики и лечения трахеопищеводных свищей.
11. Халазия и ахалазия пищевода. клиника, рентгенологическая и эндоскопическая диагностика.
12. Консервативное лечение. показания к оперативному лечению.
13. Определение понятия пилоростеноза, этиопатогенез.
14. Течение пилоростеноза, ранняя и поздняя симптоматика.
15. Клиническая диагностика пилоростеноза.
16. Лабораторные исследования.
17. Эндоскопическая, ультразвуковая и рентгенологическая диагностика.
18. Дифференциальная диагностика с пилороспазмом, псевдопилоростенозом, частичной врожденной кишечной непроходимостью.
19. Предоперационная подготовка.
20. Хирургическое лечение пилоростеноза.
21. Ведение послеоперационного периода, осложнения.
22. Понятие гастро-эзофагеального рефлюкса.
23. Какие факторы обеспечивают нормальную функцию НПС?
24. Какие заболевания приводят к ГЭР.
25. Какие клинические проявления ГЭР со стороны пищевода?
26. Какие клинические проявления ГЭР со стороны бронхолегочной системы?
27. К каким тяжелым последствиям приводит ГЭР?
28. Назовите алгоритм диагностики патологии нижнего пищеводного сфинктера.
29. Что представляет собой халазия пищевода?
30. Что представляет собой грыжа пищеводного отверстия диафрагмы?
31. Какой план обследования и лечения ГПОД?
32. Что включает в себя позиционная терапия ГЭР?
33. Какие группы лекарственных препаратов применяют для консервативного лечения ГЭР?
34. Назовите показания к оперативному лечению ГЭР у детей.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В районном родильном доме родился мальчик весом 2700 г. При рождении отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, поперхивание, переходящие в цианоз. На 3-и сутки заподозрена атрезия пищевода, произведено контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) – на рентгенограмме отчетливо виден слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода, в желудке и кишечнике – воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в районное хирургическое отделение общего профиля, где в экстренном порядке под местной анестезией наложена гастростома и начато кормление через неё.

Вопросы.

1. Какие приемы не использованы для ранней диагностики атрезии пищевода в родильном доме?
2. Какие ошибки допущены при проведении рентгеноконтрастного исследования пищевода?

А) правильно ли выбрано контрастное вещество?

Б) необходимый объем контрастного вещества?

3. Какой вариант атрезии пищевода диагностирован у данного ребенка?

4. Правильно ли выбрана дальнейшая маршрутизация больного?

5. Адекватна ли хирургическая тактика?

2. Мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности и срочных родов, с массой тела 3400 г. Находился на естественном вскармливании, прибавка массы тела за первый месяц составила 720 г. В месячном возрасте появилось срыгивание створоженным молоком 1 – 2 раза в день, затем рвота «фонтаном» таким же содержимым.

Мать обратилась к педиатру в возрасте 5 недель. Со слов матери обильная рвота створоженным молоком без примеси желчи отмечается после каждого кормления, рвотные массы имеют кислый неприятный запах. Их количество превышает объем предыдущего кормления. Появился запор, число мочеиспусканий уменьшилось до 5 – 6 за сутки. За последнюю недели ребенок потерял в весе 400 г.

При осмотре состояние среднетяжелое, ребенок вял, подкожный жировой слой выражен недостаточно. Кожа сухая, морщинистая, большой родничок несколько западает. Живот вздут в эпигастрии, при пальпации мягкий, видна усиленная глубокая перистальтика желудка – симптом «песочных часов».

При ультразвуковом исследовании в желудке натощак до 40 мл содержимого, желудок увеличен в объеме, привратник удлинен, стенки его утолщены, пилорический канал резко сужен, плотно сомкнут.

Масса тела ребенка 3500 г. В анализах крови Нв – 110 г/л, Ht – 58%, К+плазмы – 3,3 мЭкв/л, Na+плазмы – 140 мЭкв/л. В моче снижено содержание натрия и хлора.

Вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Оцените клинические и лабораторные данные этого ребенка.
3. Какие ещё методы визуализации этого заболевания вы знаете, опишите их?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Составьте программу лечения данного больного.
6. У новорожденного с первых минут после рождения отмечается обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны. Какое заболевание следует исключить? Какие необходимы дополнительные исследования? Какова лечебная тактика в условиях родильного дома?
7. Во время операции по поводу атрезии пищевода хирург обнаружил нижний трахео-пищеводный свищ. Расстояние между проксимальным и дистальным отрезками пищевода 4 см. Какие варианты операции возможны? Какой следует признать оптимальным?
8. В клинику детской хирургии доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом - атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод по зонду введено 1,5 мл водорастворимого контраста) обнаружен слепо заканчивающийся оральный отрезок пищевода и два воздушных пузыря в брюшной полости. В кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает на себя внимание запавший живот. Предположительный диагноз, лечебная тактика.
9. Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за последний месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что мама отмечает у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
10. Вы - врач отделения новорожденных, лечите ребенка 14 дней, переведенного к вам из родильного дома с диагнозом "Начинающаяся асфиксия плода. Аспирационный синдром, недоношенность, внутриутробное инфицирование". Состояние ребенка тяжелое. Частота дыхания - до 60 в 1 мин., дыхание проводится с обеих сторон жесткое, с небольшим количеством влажных хрипов. Сердечные тоны ритмичные, с частотой до 150 в 1 мин,выслушиваются в типичном месте. При кормлении молоком лежа на правом боку закашливается. Во время кормления через зонд приступов кашля не возникает. Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения.
11. У девочки в возрасте 3-х недель появилась рвота после кормления, непостоянная, иногда «фонтаном», часто с примесью желчи. У ребенка частые поносы, он вял, адинамичен, быстро теряет в весе, отказывается от приема жидкости. В крови: гиперкалиемия, гипонатриемия, ацидоз. В моче повышено содержание натрия и хлора. При рентгенологическом исследовании желудка с контрастным веществом задержки эвакуации последнего не отмечено. Диагноз? Тактика педиатра?.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования пищевода, органов брюшной полости, как обзорных снимков, так и рентгеноконтрастного исследования. Оценка данных УЗИ при пилоростенозе, эзофагоскопии при ГЭР.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 5. Синдром острой дыхательной недостаточности, вызванный пороками развития верхних дыхательных путей и патологией грудной полости.**

Формы текущего контроля успеваемости: Письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | | |
| 1. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого\*  Д) пиопневмоторакса | |
| 2. Из диафрагмальных грыж чаще всего у детей встречаются: | А) френоперикардиальные  Б) передние  В) пищеводного отверстия  Г) задние ложные\*  Д) истинные | |
| 3. Притупление перкуторного звука, отсутствие дыхание над всей поверхностью легкого и смещение средостения в сторону поражения характерно для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого | |
| 4. Притупление перкуторного звука в нижних отделах с коробочным - в верхних, отсутствие дыхания над всей поверхностью легкого и смещение средостения в здоровую сторону характерно для**:** | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса\*  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого | |
| 5. Коробочный звук над всей поверхностью легкого и отсутствие дыхания со смещением средостения в здоровую сторону характерно для: | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса\*  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого | |
| 6. 6. Укажите метод специального обследование, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом: | А) ультразвуковое исследование  Б) аортография  В) бронхография  Г) ангиопульмонография  Д) бронхоскопия\* | |
| 7. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является: | А) чрезкожная пункция абсцесса  Б) радикальная операция  В) бронхоскопическая санация абсцесса\*  Г) дренирование плевральной полости  Д) оперативное удаление абсцесса | |
| 8. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкого\*  Б) напряженном пневмотораксе  В) напряженном гидротораксе  Г) абсцессе легкого  Д) пиопневмотораксе | |
| 9. Положение при транспортировке новорожденного с синдромом внутригрудного напряжения: | А) горизонтальное  Б) вертикальное  В) возвышенное на здоровом боку  Г) возвышенное на больном боку\*  Д) Тренделенбурга | |
| 10. Мозаичность перкуторного звука, аускультативно – дыхание не выслушивается на стороне поражения слева, слышны булькающие шумы, тоны сердца максимально громко выслушиваются по правой парастернальной линии, живот запавший, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжи\*  Б) напряженной кисты легкого  В) агенезии легкого  Г) врожденной долевой эмфиземы  Д) напряженного пневмоторакса | |
| IMG_006711.Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| 12.После аспирации в родах возникла дыхательная недостаточность. Перкуторно притупление над всей поверхностью, аускультативно дыхание не прослушивается на стороне поражения слева. Сердечные тоны максимально громко прослушиваются по передней подмышечной линии слева, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжи  Б) напряженной кисты легкого  В) ателектаза легкого\*  Г) врожденной долевой эмфиземы  Д) напряженного пневмоторакса | |
| 13. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения смещена вправо, слева - ячеистые структуры, газонаполнение петель кишечника в проекции уменьшенной в объеме брюшной полости не определяется, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжи\*  Б) напряженной кисты легкого  В) ателектаза легкого  Г) врожденной долевой эмфиземы  Д) напряженного пневмоторакса | |
| 14. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения смещена вправо, слева на фоне повышенной прозрачности определятся легочный рисунок, у корня видна треугольная тень ателектаза нижней доли, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжи  Б) напряженной кисты легкого  В) ателектаза легкого  Г) врожденной долевой эмфиземы\*  Д) напряженного пневмоторакса | |
| 15. При врожденной лобарной эмфиземе наиболее часто поражается: | А) нижняя доля справа  Б) верхняя доля слева\*  В) нижняя доля слева  Г) верхняя доля справа  Д) все доли одинаково | |
| 16. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии – отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз: | А) гипоплазия правого легкого  Б) ателектаз правого легкого  В) агенезия легкого справа\*  Г) спонтанный пневмоторакс  Д) аплазия правого легкого | |
| 17. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность. Отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна: | А) диафрагмальная грыжа  Б) атрезия хоан\*  В) киста легкого  Г) врожденная лобарная эмфизема  Д) спонтанный пневмоторакс | |
| 18. При пиотораксе лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию | |
| 19.Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является: | А) смещение средостенья в сторону поражения  Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов  В) деформация купола диафрагмы  Г) непостоянство рентгенологических данных при повторных исследованиях\*  Д) признаки гиповентиляции легких | |
| 20. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является | А) врожденная лобарная эмфизема  Б) деструктивная пневмония  В) ложная диафрагмальная грыжа\*  Г) кистозно-аденоматозная трансформация легких  Д) опухоль средостенья | |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
2. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
3. Клинические проявления дыхательной недостаточности (цианоз, одышка, стридор, ритм дыхания).
4. Физикальные данные при ДН.
5. Синдром внутригрудного напряжения
6. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
7. Пороки развития легких, вызывающие ДН (агенезия, аплазия, гипоплазия легких, врожденная лобарная эмфизема).
8. Диафрагмально-плевральные грыжи и их значение в развитии ДН.
9. Алгоритм дифференциальной диагностики ДН у новорожденных (атрезия хоан, макроглоссия, синдром Пьера-Робина, ранула, лимфангиома шеи).
10. Спонтанный пневмоторакс у новорожденных.
11. Неотложная помощь при ДН у новорожденных.
12. Деструктивная пневмония, понятие, этиопатогенез.
13. Классификация деструктивной пневмонии.
14. Внутрилегочные осложнения БДЛ, клиника, диагностика.
15. Лечение внутрилегочных осложнений БДЛ. Методы дренирования абсцессов легкого.
16. Лечение плевральных осложнений БДЛ (плевральная пункция, дренаж по Бюлау, активная аспирация, временная окклюзия бронха).
17. Консервативное лечение БДЛ и ее осложнений.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка. Цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. Предположительный диагноз? Диагностическая тактика?
2. У новорожденного диагностирована левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа. Какова лечебная тактика в условиях родильного дома? Правила транспортировки данного новорожденного.
3. У новорожденного сразу после рождения стал нарастать цианоз, причем отмечено, что во время плача ребенок розовеет. О каком заболевании должен подумать врач. Какова диагностическая и лечебная тактика.
4. Ребенок родился в срок от нормально протекавшей беременности с массой тела 3300 г, закричал сразу. При антенатальном УЗИ плода на сроке в 21 неделю предположительно было отмечено перемещение петель кишечника в левую половину грудной клетки. Через 1 час после рождения у ребенка развились дыхательные нарушения: одышка, цианоз, причем острая дыхательная недостаточность прогрессировала очень быстро.

При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. При осмотре, помимо цианоза и одышки, обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки с выбуханием и отсутствием экскурсии её левой половины, а также запавший «ладьевидный» живот. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука с периодическим появлением тимпанита. При аускультации сердечные тоны выслушиваются справа от грудины, слева – отсутствие дыхание, периодически удаётся выслушать «булькающие» шумы.

Вопросы. Каков предположительный диагноз?

Какое исследование позволяет уточнить диагноз и что вы ожидаете увидеть при данном обследовании?

Какова тактика врача родильного дома?

Правила транспортировки больного с установленным диагнозом?

В чем заключается принцип оперативного лечения данной патологии?

1. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается: нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится в пределах 38 – 39о.

Объективно: Кожный покров бледный, цианоз носогубного треугольника. ЧСС – 136 уд. в 1 мин., ЧД – 70 в 1 мин. При перкуссии справа на всей половине грудной клетки определяется тупой звук, сердце смещено влево, при аускультации дыхание справа не проводится. Живот незначительно равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы. Какое осложнение пневмонии описано в задаче?

Какое исследование поможет поставить правильный диагноз?

Сформулируйте клинический диагноз.

Последовательность действий врача в данной ситуации?

Что такое дренирование плевральной полости по Бюлау?

1. Ребенок 4 лет во время игры с конструктором Лего закашлялся, что сопровождалось рвотой, кратковременным апноэ и цианозом. Через некоторое время состояние ребенка улучшилось - поведение стало обычным, дыхание стабилизировалось. Родители ребенка самостоятельно обратились к участковому педиатру, который после осмотра срочно направил ребенка в хирургический стационар. При поступлении в приемное отделение жалобы на приступообразный кашель, однократную рвоту. Состояние ребенка средней степени тяжести. Ребенок в сознании. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Дыхание носовое, свободное. Неврологический статус без менингеальных знаков и очаговой симптоматики. Грудная клетка асимметрична, отмечается отставание в дыхании правой половины. Аускультативно дыхание справа резко ослаблено. ЧД - 40 в 1 минуту, PS - 130 в 1 минуту. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.
2. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении с диагнозом правосторонняя пневмония, состояние постепенно ухудшается: появилась одышка до 70 в минуту, цианоз, кряхтящее дыхание, нарастают явления интоксикации. Температура держится в пределах 38°С - 39°С. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа не прослушивается.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Определите и обоснуйте лечебную тактику.

1. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии. На рентгенограмме грудной клетки полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз?

9.Состояние новорожденного тяжелое за счет выраженной одышки. Дыхание справа ослаблено. Перкуторно слева коробочный звук. На рентгенограмме грудной клетки слева увеличение прозрачности левого легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе слева треугольная тень наслаивается на тень сердца. Средостенье смещено влево по типу «медиастинальной» грыжи. Предположительный диагноз? Составьте план обследования. Возможный метод лечения.

Предложите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования органов грудной клетки, рентгеноконтрастного исследования при подозрении на диафрагмальную грыжу.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 6. Гастрошизис и эмбриональная грыжа пупочного канатика.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач

**Вопросы для устного опроса**

1. Что называется грыжей пупочного канатика или эмбриональной грыжей (омфалоцеле).
2. Что представляет собой грыжевой мешок эмбриональной грыжи.
3. Эмбриогенез грыжи пупочного канатика. Физиологическая эмбриональная грыжа.
4. Классификация эмбриональной грыжи.
5. Сочетанные пороки при омфалоцеле.
6. Синдром Беквита-Видемана (синдром OMG – omphalocele-macroglossia-gigantism)
7. Пренатальная диагностика омфалоцеле.
8. Постнатальная диагностика.
9. Первая помощь в родильном доме.
10. Консервативное лечение омфалоцеле.
11. Хирургическое лечение.
12. Что такое гастрошизис. Эпидемиология.
13. Классификация гастрошизиса.
14. Клиническая картина и диагностика.
15. Дифференциальная диагностика.
16. Лечение на дохирургическом этапе.
17. Предоперационная подготовка.
18. Виды хирургического лечения.
19. Ведение послеоперационного периода.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При ультразвуковом скрининге беременной на 14 неделе обнаружена визуализация кишечника в области пуповинного кольца, выходящего за пределы полости живота. Был проведен пренатальный консилиум, который подтвердил диагноз омфалоцеле и решил продолжить беременность. Каковы особенности ведения беременности с данной патологией? Какие возможны сочетанные пороки развития? Особенности родоразрешения при омфалоцеле?
2. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности (ультразвуковой скрининг на проводился). При рождении у ребенка отмечено наличие в области пупка округлого образования диаметром около 5 см, представляющее собой покрытые прозрачной оболочкой петли кишечника, по краям идут сосуды пуповины (две артерии и вена) и сходятся на вершине грыжевого выпячивания, формируя пуповину нормального строения. Предположительный диагноз? Объём медицинской помощи в родильном доме? Дальнейшая лечебная тактика.
3. У новорожденного на 4-е сутки после рождения отпал пуповинный остаток, после чего из его культи появилось мекониальное отделяемое. При опросе акушерки, принимавшей роды, выяснилось, что во время родов пуповина у основания показалась ей толще, чем обычно, но она всё равно её перевязала и отсекла. О каких патологических состояниях можно думать в этом случае? Что должны делать врачи родильного дома?
4. При ультразвуковом скрининге беременной на 14 неделе обнаружена эмбриональная грыжа, с 21 недели беременности диагностирована висцеромегалия (гепатомегалия, спленомегалия). Ребенок рожден путем кесарева сечения, масса тела при рождении более 4 кг, отмечена макроглоссия и гемангиома кожи лба. О каком синдроме врожденных аномалий следует думать и какой симптом представляет опаность в неонатальном периоде?
5. Ребенок родился с картиной гастрошизиса без висцеро-абдоминальных диспропорций. Составьте алгоритм ведения этого ребенка начиная от родильного дома до специализированного хирургического отделения.
6. Каковы особенности хирургического лечения новорожденного с гастрошизисом при выраженной висцеро-абдоминальной диспропорции?

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 7. Аномалии желточного и мочевого протоков. Атрезия желчных ходов. Киста холедоха.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач.

**Вопросы для устного опроса**

1. Желточный проток и его роль в эмбриогенезе.
2. Нарушения облитерации желточного протока.
3. Свищи пупка.
4. Дивертикул подвздошной кишки (Меккеля).
5. Осложнения дивертикула Меккеля.
6. Энтерокистома.
7. Мочевой проток и его роль в эмбриогенезе.
8. Пузырно-пупочные свищи – полный и неполный.
9. Киста урахуса.
10. Атрезия желчных ходов (АЖХ) – этиология и патогенез.
11. Морфологическая классификация АЖХ.
12. Клиническая картина.
13. Диагностика, дифференциальная диагностика.
14. Лечение АЖХ.
15. Киста общего желчного протока.
16. Классификация кист ОЖП.
17. Клиническая картина.
18. Диагностика и дифференциальная диагностика.
19. Лечения кисты ОЖП.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. На прием к детскому хирургу поликлиники пришла мама с ребенком 3-х недель, который лечится у педиатра по поводу «мокнущего» пупка, но не гигиенические процедуры, не обработка пупочной ранки бриллиантовым зеленым не дают эффекта. При осмотре пупочной области отмечается умеренная гиперемия кожи вокруг пупка и незначительное серозное отделяемое из пупочной ранки. При зондировании пуговчатым зондом пупочной ямки зонд уходит вертикально вниз на глубину 3-4 см и встречает препятствие.

Поставьте предположительный диагноз, обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования можно провести? Хирургическая тактика у денного ребенка.

1. В родильном доме у новорожденного после отпадения остатка пуповины из пупочной ямки стал выделяться меконий. С патологией какого эмбрионального протока это может быть связано? Какова тактика врачей родильного дома? Определите маршрутизацию данного ребенка и дальнейшую тактику лечения.
2. К хирургу детской поликлиники обратились родители 2-х месячного ребенка с жалобами не периодические выделения из пупочной ямки небольшого количества светло- желтой жидкости, напоминающей мочу. Общее состояние ребенка не страдает. При осмотре отмечается незначительная гиперемия кожи вокруг пупка, при надавливание в надлобковой области из пупка появляется несколько капель мочи. Предположительный диагноз? Какие исследования позволяют уточнить диагноз? Лечебная тактика.
3. В хирургическое отделение поступил мальчик 8 лет с типичной клиникой острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова обнаружено, что выпота в брюшной полости нет, червеобразный отросток макроскопически не изменен. Тактика оперирующего хирурга?
4. Во время операции по поводу флегмонозного аппендицита хирург случайно обнаружил неизмененный дивертикул Меккеля. Какова тактика хирурга в данном случае?
5. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный дивертикул Меккеля. Рациональные действия хирурга включают?
6. У ребенка 8-ми месяцев родители заметили на передней брюшной стенке по средней линии между пупком и лоном опухолевидное образование диаметром до 2 см с гиперемией кожи над ним. Врачом скорой медицинской помощи ребенок доставлен в приемное отделение центра детской хирургии. При осмотре: Т тела 37,3оС, общее состояние ребенка страдает мало. По средней линии живота ниже пупка видно на глаз опухолевидное образование, кожа над ним гиперемирована, при пальпации ребенок беспокоится, плачет, отталкивает руку. При УЗИ образование представляет собой кисту, располагающуюся в толще передней брюшной стенки под апоневрозом, наполненную жидкостью, похожей на гной. Ранее данного образования родители не замечали.

Предположительный диагноз? Дальнейшая диагностическая и лечебная тактика.

1. Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

### При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

**Дополнительные данные исследования.** *Группа крови матери*А(II) Rh-положительная.

*Группа крови ребенка*0(I) Rh-положительная.

*Общий анализ крови:*НЬ — 196 г/л, Эр — 5,9×1012/л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — 9,0×109/л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:*цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

*Биохимический анализ крови*на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевина -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 41 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, ACT — 18 ммоль/л

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
5. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
6. Каков генез желтухи в данном случае?
7. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.

**Модуль 2. Хирургия пороков развития.**

**Тема 8. Аноректальные мальформации: атрезия ануса и прямой кишки.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач.

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Назовите наиболее часто встречающуюся свищевую форму аноректальной мальформации: | А) ректопромежностный свищ  Б) ректоуретральный свищ  В) ректовестибулярный свищ\*  Г) ректовагинальный свищ  Д) промежностный свищ при нормально сформированном анусе |
| 2. В чём должна заключаться превентивная колостомия при аноректальных мальформациях согласно международным протоколам: | А) концевая колостомия  Б) раздельная сигмостомия на первую петлю сигмовидной кишки\*  В) колостомия на слепую кишку  Г) раздельная сигмостомия на конечную петлю сигмовидной кишки  Д) «подвесная» колостомия |
| 3. Через какое время после рождения рекомендуется определять расстояние между слепым концом прямой кишки и кожей промежности: | А) сразу после рождения  Б) через 18 – 24 часа после рождения\*  В) через 12 часов после рождения  Г) через 48 часов после рождения |
| В следующих заданиях выберите **ВСЕ** правильные ответы: | |
| 4. У новорожденного с атрезией ануса встречаются синдромы: | А) Пьера Робена  Б) VACTER\*  В) Элерса-Данло  Г) Опица-Смита-Лемли\*  Д) Марфана |
| 5. К основной клинической группе аноректальных пороков относятся: | А) ректовестибулярный свищ\*  Б) аноректальная мальформация без свища\*  В) ректоуретральный свищ\*  Г) ректовагинальный свищ  Д) атрезия прямой кишки |
| 6. Задача при аноректальных мальформациях на этапе родильного дома: | А) своевременная диагностика наличия мальформации \*  Б) обследование для уточнения вида мальформации  В) согласованный перевод в детский хирургический стационар\*  Г) проведение предоперационной подготовки  Д) рентгенологическое исследование по Вангенстину |
| 7. Варианты аноректальных мальформаций, при которых возможна дефекация в период новорожденности без риска развития осложнений | А) ректовестибулярный свищ\*  Б) промежностный свищ\*  В) ректоуретральный свищ  Г) анальный стеноз  Д) аноректальная мальформация без свища |
| 8. Варианты аноректальных мальформаций, требующие неотложных хирургических вмешательств на промежности | А) анальная мембрана\*  Б) неперфорированный промежностный свищ\*  В) ректоуретральный свищ  Г) анальный стеноз  Д) аноректальная мальформация без свища |
| 9. При аноректальной мальформации наличие каких сопутствующих пороков прежде всего следует исключить: | А) атрезию пищевода\*  Б) порок сердца\*  В) врожденный вывих бедра  Г) аномалии мочевой системы\*  Д) эмбриональная грыжа |
| 10.Какие формы аноректальных мальформаций отсутствуют в современной классификации пороков: | А) высокая атрезия прямой кишки\*  Б) аноректальная мальформация без свища  В) низкая атрезия прямой кишки\*  Г) ректовестибулярный свищ  Д) анальный стеноз |
| 11.Какие методы исследования позволяют сориентироваться в расстоянии между кожей промежности и слепым концом прямой кишки: | А) инвертограмма по Вангенстину\*  Б) рентгеноконтрастное исследование с бариевой взвесью  В) УЗИ промежности\*  Г) УЗИ брюшной полости  Д) боковая «cross-table» рентгенография |
| 12.Варианты аноректальных мальформаций, при которых необходимо выполнять превентивную колостомию: | А) анальная мембрана  Б) неперфорированный промежностный свищ  В) ректоуретральный свищ\*  Г) клоака  Д) аноректальная мальформация без свища\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Аноректальные мальформации: понятие, эмбриогенез.
2. Классификация аноректальных мальформаций
3. Клиника и диагностика безсвищевых форм атрезии прямой кишки.
4. Атрезия ануса и прямой кишки со свищами, диагностика.
5. Что такое рентгенологическое исследование по Вангенстину?
6. Другие методы определения высоты атрезии прямой кишки?
7. Принципы оперативного лечения аноректальных пороков.
8. Показания к колостомии.
9. Сроки радикальной операции.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного в течение 24 часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение. Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?

2. При осмотре неонатологом новорожденного мальчика обнаружено отсутствие анального отверстия без наличия промежностного свища. Между врачами родильного дома возник спор, нужно ли определять высоту атрезии прямой кишки методом Вангенстина или перевести ребенка в хирургическое отделение через 10 – 12 часов после рождения реанимационной бригадой. Аргументируйте ваше мнение на этот счёт.

3. Новорожденная девочка была выписана из родильного дома на 5 сутки без каких-либо жалоб и патологических проявлений. Дома осмотрена участковым педиатром, даны соответствующие рекомендации. В течение последующих 6 месяцев девочка росла и развивалась соответственно возрасту с нормальной прибавкой в массе тела. Стул был регулярным, в памперсы, при гигиенических процедурах мама не отмечала никаких отклонений. В один из дней мама отметила беспокойство ребенка, отказ от еды, вздутие живота и вспомнила, что последние 2-е суток у ребенка не было стула. Родители решили поставить клизму, но не нашли у ребенка анального отверстия. Вызванный врач скорой медицинской помощи доставил больную в детскую хирургическую клинику.

Как вы можете оценить данную ситуацию и какой предварительный диагноз поставите? Дальнейшая хирургическая тактика?

1. У новорожденного ребенка сразу после рождения было обнаружено отсутствие анального отверстия без признаков наружных свищей. Через 10 часов ребенок был переведен в отделение хирургии новорожденных. При осмотре промежности детским хирургом была выявлено, что промежность хорошо сформирована, седалищные бугры не сближены, анальная ямка выражена. При пальпации левой половины живота определяется положительный симптом толчка и выбухание анальной ямки. Через мембрану просвечивает меконий.

Какая форма аноректальной мальформации у данного больного? Какова хирургическая тактика.

1. В отделение хирургии новорожденных поступил ребенок через 18 часов после рождения с диагнозом: аноректальная мальформация, атрезия ануса и прямой кишки. При осмотре промежности последняя гипоплазирована, анальная ямка не выражена. Седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицательный. При мочеиспускании первая порция мочи окрашена меконием.

Предположительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Какова хирургическая тактика.

1. В родильном доме после рождения ребенка весом 3200 на 36 неделе беременности при зондировании пищевода была выявлена его атрезия, а при осмотре промежности – отсутствие анального отверстия. Через 10 часов после рождения ребенок переведен реанимационной бригадой в отделение хирургии новорожденных.

Какой врожденный синдром вы заподозрите? Какие дополнительные исследования необходимо провести этому новорожденному? От чего будет зависеть лечебная тактика?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в решении клинико-ситуационных задач, в оценке результатов рентгенологического обследования и ультразвукового исследований.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 1. Хронические запоры у детей. Болезнь Гиршпрунга.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме:**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ребенок двух лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит | А) обзорная рентгенография брюшной полости  Б) ирригография с воздухом  В) ирригография с бариевой взвесью\*  Г) дача бариевой взвеси через рот  Д) колоноскопия |
| 2. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает | А) консервативную терапию, сифонные клизмы  Б) срочное радикальное оперативное вмешательство  В) срочную колостому  Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки\*  Д) колостомию после консервативных мероприятий и при удовлетворительном состоянии ребенка |
| 3. При ирригорграфии у больного с подозрением на болезнь Гиршпрунга после выведения зоны поражения на экран целесообразно выполнить | А) один прямой снимок  Б) один боковой снимок  В) два – прямой и боковой\*  Г) два – прямой и косой  Д) три – прямой, боковой и косой |
| 4. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно | А) в 1,5 года  Б) в 3 года  В) в 6 лет  Г) в 10 лет  Д) по установлении диагноза\* |
| 5. Ребенок 3-х лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. В анамнезе хронические запоры, задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна | А) болезнь Гиршпрунга\*  Б) долихосигма  В) хронический колит  Г) неспецифический язвенный колит  Д) болезнь Крона |
| 6. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренно подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе хронические запоры. Наиболее вероятный диагноз | А) опухоль толстой кишки  Б) инвагинация кишечника  В) лимфангиома брюшной полости  Г) каловый камень\*  Д) холодный аппендикулярный инфильтрат |
| 7. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколон у ребенка с хроническим запором:  1) ректальное пальцевое  2) функциональное  3) ирригография  4) гистохимическое | А) правильные ответы - 1,2,3,4  Б) правильные ответы - 1,2,4,3  В) правильные ответы - 1,3,4,2\*  Г) правильные ответы - 1,4,2,3  Д) правильные ответы - 1,4,3,2 |
| 8. Перечислите консервативные мероприятия, применяемые при компенсированной форме болезни Гиршпрунга | А) диета, слабительные препараты, очистительные клизмы\*  Б) диета, массаж живота, сифонные клизмы  В) дуоденальное зондирование, очистительные клизмы  Г) криомассаж брюшной стенки, ЛФК.  Д) желчегонные препараты, физиолечение |
| 9. В приемный покой доставлен двухмесячный ребенок с жалобами на задержку стула, газов, вздутие живота, двукратную рвоту. Самостоятельный стул отсутствует с рождения. В настоящее время очистительные клизмы облегчения не дают. Предположительный диагноз? | А) острая форма болезни Гиршпрунга  Б) подострая форма болезни Гиршпрунга\*  В) хроническая форма болезни Гиршпрунга  Г) мегаколон  Д) копростаз |
| 10. Характерными симптомами декомпенсации болезни Гиршпрунга являются признаки | А) многократная рвота, гипертермия, жидкий зловонный стул с прожилками крови  Б) рвота, вздутие живота, отсутствие самостоятельного отхождения газов и стула, неэффективность сифонных клизм\*  В) сниженный аппетит, постоянное вздутие живота, стул после очистительной клизмы  Г) сниженный аппетит, вздутие живота, периодически самостоятельный стул  Д) боли в животе схваткообразного характера, хронические запоры, сниженный аппетит |
| 11. Характер запоров при болезни Гиршпрунга носит | А) упорный  Б) временный  В) упорный с ахоличным оттенком  Г) упорный до 10 дней\*  Д) эффект от очистительных клизм |
| 12. Клиническое течение болезни Гиршпрунга бывает: | А) легкой, средней, тяжелой степени  Б) токсическое, септикопиемическое, местное  В) острое, хроническое, рецидивирующее  Г) осложненное, неосложненное  Д) компенсированное, субкомпенсированное, декомпенсированное\* |
| 13. При болезни Гиршпрунга выявляются: | А) недостаточность баугиниевой заслонки;  Б) гипертрофия пилорического отдела желудка  В) зона аганглиоза и супрастенотическое расширение толстой кишки\*  Г) гипертонус наружного сфинктера прямой кишки  Д) стеноз прямой кишки. |
| 14. При болезни Гиршпрунга оптимальным способом оперативного пособия является | А) брюшно-промежностная проктопластика\*  Б) резекцтя сигмовидной кишки  В) операция фундопликация  Г) пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту  Д) дуодено-еюноанастомоз |
| 15. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать | А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм  Б) радикальное оперативное вмешательство  В) наложение колостомы\*  Г) наблюдение в динамике  Д) щадящий режим |
| 16. В основе болезни Гиршпрунга лежит: | А) врожденный аганглиоз участка толстой киши\*  Б) муковисцидоз  В) атрезия толстой кишки  Г) целиакия  Д) алиментарный фактор |
| 17. Какой раствор применяют для сифонной клизмы при болезни Гиршпрунга | А) раствор фурациллина  Б) 10% раствор хлорида натрия  В) 1% раствор хлорида натрия подогретый  Г) подогретую воду  Д) 1% раствор хлорида натрия комнатной температуры\* |
| 18.У новорожденного диагностирована острая форма болезни Гиршпрунга. Ему рекомендуется | А) наблюдение  Б) консервативное лечение с помощью диеты и клизм  В) сифонные клизмы  Г) колостомия на границе пораженного и здорового отдела\*  Д) радикальная операция |
| 19.Перечислите варианты клинического течения болезни Гиршпрунга | А)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Б)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20.Назовите анатомические формы болезни Гиршпрунга | А)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Б)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Г)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Д)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Вопросы для устного опроса**

1. Функциональные и органические причины запоров у детей.
2. Болезнь Гиршпрунга – понятие, этиопатогенез.
3. Макро- и микроскопические изменения кишки при болезни Гиршпрунга.
4. Классификация – анатомическая, клиническая.
5. Клиническая картина:
6. А) ранние симптомы
7. Б) поздние симптомы
8. В) осложнения
9. Диагностика болезни Гиршпрунга.
10. Дифференциальная диагностика.
11. Консервативное лечение, предоперационная подготовка.
12. Принципы и методы оперативного лечения болезни Гиршпрунга.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В отделение поступил ребенок 4-х лет. С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы. Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии. Отмечается бледность кожных покровов, вздутие живота.

Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования?

1. Вы, врач педиатр, вызваны к ребенку 3 месяцев в связи с жалобами на вялость, слабость, отсутствие стула в течение 3 дней. Из анамнеза: самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах.

Каков ваш предварительный диагноз? Тактика врача педиатра? План обследования данного ребенка.

1. В поликлинику обратилась мать с 3-летним мальчиком. С рождения ребенок страдает запорами, которые с четырехмесячного возраста приняли упорный характер. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 2-3 дня. Ребенок отстает в развитии, есть признаки хронической интоксикации и алиментарной дистрофии. Живот увеличен в объеме, мягкий. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные.

Предположительный диагноз? План обследования и лечения?

1. В приемное отделение центра детской хирургии доставлен мальчик в возрасте 2-х недель. Родители жалуются на его вялость, бледность, отказ от еды, отсутствие стула в течение 3 дней. Самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы, но в последнее время обычная клизма без эффекта. Живот увеличился в объеме, болезненный при пальпации. Предположительный диагноз? Программа обследования и лечения.
2. Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток.

Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.

Ваш диагноз? С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику? Дополнительные методы исследования?

1. Опишите методику постановки сифонной клизмы 3-х летнему ребенку с болезнью Гиршпрунга.
2. У новорожденного с первых дней жизни симптомы низкой кишечной непроходимости. Меконий и газы не отходят, прогрессивно увеличивается вздутие живота, становится видимой перистальтика кишки, присоединилась рвота, нарастает интоксикация. Обычная очистительная клизма не имеет успеха.

Предположительный диагноз? Составьте план обследования больного, выберите вариант лечения?

1. В поликлинику к детскому хирургу обратилась мать с 3-летним мальчиком. С рождения ребенок страдает запорами, метеоризмом, которые с четырехмесячного возраста приняли упорный характер. Наблюдается педиатром, попытки подобрать подходящую диету, растительные слабительные не приносили эффекта. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 3-4 дня. Ребенок отстает в развитии, есть признаки хронической интоксикации и алиментарной дистрофии.

Объективно: Рост – 90 см, масса тела – 10,5 кг. Кожный покров бледный. ЧСС – 102 в 1 мин, ЧД – 32 в 1 мин. Со стороны сердца и легких без особенностей. Живот увеличен в объеме, мягкий, брюшная стенка растянута, напоминает лягушачий живот. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные, от нажатия пальцами на данные образования остаются четкие вдавления (симптом глины). Стул последний раз был 4 дня назад, после очистительной клизмы. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пустая, тонус сфинктера повышен, имеется симптом «плеч».

В общем анализе крови: Нв – 92 г/л, Эр. – 3,7 х 1012/л, Ht - 36%, Л – 8,8 х 109/л, э – 2%, п/я – 3%, с/я – 34%, лимф. – 51%, м – 10%. Общий белок – 52 г/л. Анализ мочи – цвет – соломенно-желтый, прозрачная. Уд. вес – 1010, белок – нет, лейк. – 1-2 в п/зр.

При ультразвуковом исследовании прямой кишки обнаружено утолщение стенки, диаметр кишки – до 6 см, сигмовидная кишка заполнена плотными каловыми массами.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на решении проблемно-ситуационных задач, оценке представленных рентгенограмм.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 2. Эхинококкоз у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Этиопатогенез эхинококкоза легких
  2. Классификация эхтнококкоза легких: по локализации, по клиническому течению, по характеру осложнений, по размерам кист
  3. Клинику и диагностику неосложненного эхинококкоза легких
  4. Осложнения эхинококкоза легких
  5. Этиопатогенез эхинококкоза печени
  6. Классификация эхтнококкоза легких: по происхождению, по клиническому течению, по характеру осложнений
  7. Ранние и поздние клинические признаки заболевания
  8. Методы визуализации при эхинококкозе печени
  9. Осложнения эхинококка печени
  10. Современные методы хирургического лечения эхинококкоза
  11. Есть ли необходимость в консервативном лечении эхинококкоза

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на решении проблемно-ситуационных задач, оценке представленных рентгенограмм, данных КТ и УЗИ.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 3. Хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Определение, классификация хронического гастрита по этиологии, морфологическим изменениям, локализации.
2. Этиология и патогенез различных типов хронического гастрита.
3. Клиническая картина и лабораторно-инструментальные методы диагностики хронического гастрита.
4. Лечение хронического гастрита.
5. Определение, этиология и патогенез, классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. Лабораторно-инструментальное обследование больного язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
8. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
9. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
10. Особенности экзокринной функции поджелудочной железы
11. Определение панкреатита у детей.
12. Клиническая классификация хронического панкреатита у детей.
13. Критерии тяжести хронического панкреатита и показания к госпитализации.
14. Основные и дополнительные методы обследования пациента с хроническим панкреатитом.
15. Основные синдромы клинической картины хронического панкреатита.
16. Медикаментозные и не медикаментозные методы терапии.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Матвей 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоядение, большие перерывы в еде.***Осмотр:*** рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровыбледно-розовые,периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0,+1,в/3, краймягко-эластичный,безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

***При обследовании: Общий анализ крови:*** Нb - 132 г/л; Эр - 4,4xl012/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3х109/л;п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ – 5 мм/час. ***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 75 г/л, АсАТ – 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ -140Ед/л (норма70-142),амилаза - 38 Ед/л (норма10-120),

тимоловая проба - 3 ед. ***Эзофагогастродуоденофиброскопия:*** слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP.

***Биопсийный тест*** *(де-нол тест) на HP:* (++). ***УЗИ органов брюшной полости:***печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, билиарный сладж. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

1.Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.

2.Составьте диагностический алгоритм. На каком свойстве H. Pylori основана его экспресс-диагностика?

3.Что такое синдром Менделя?

4.Какие схемы эрадикации H. pylori Вы знаете?

5.Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.

2. Ю. 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.***Осмотр:*** кожа чистая,бледно-розовая.Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т.Мейо-Робсона.Печень у края реберной дуги, по другим органам без

патологии. ***Общий анализ крови:*** Hb – 130 г/л, Эр–4,0х1012/л,Ц.п. – 0,9; Лейк – 6,0х109/л, п/я – 2 %, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7

мм/час. ***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 79 г/л, альбумины-54%,глобулины: альфа1 - 4%, альфа2 - 8%, бета-12%,гамма - 15%; ЩФ-160Ед/л (норма70-140),АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза-60Ед/л (норма10-120),тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин-12

мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л. ***Эзофагогастродуоденоскопия:***

слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна. ***УЗИ органов брюшной полости:*** печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50х19 мм. Поджелудочная железа: головка - 18 мм (норма 18), тело-16мм (норма 14), хвост - 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная.***Дыхательный уреазный тест:*** положительный.

***Биопсийный тест на НР-инфекцию:***положительный (+++).

1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2.Предложите дифференциально-диагностическийалгоритм.

3.Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ? Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?

4.Укажите современные принципы лечения данного заболевания.

5.Тактика диспансерного наблюдения.

3.Девочка 13 лет, больна ревматоидным артритом, постоянно получает лечение преднизолоном, курсами – диклофенак. Последние 2 года регулярные, не резко выраженные боли в эпигастрии после еды. При инструментальном обследовании выявлены изменения: рН базального секрета 1,9; рН стимулированного секрета гистамином в дозе 0,008 мг/кг

– 1,2. Признаки гиперацидного состояния. ФГДС: слизистая желудка гиперемирована в антруме, участки атрофии в теле желудка. Гистологическое исследование СОЖ: умеренная активность воспаления, НР – отрицательно.

1.Сформулируйте диагноз

2.Обоснуйте диагноз.

3.Назначьте лечение данному больному.

4.Составьте план диспансерного наблюдения.

5.Каков прогноз дли жизни у данного пациента?

4.В. 6 лет, воспитанница детского дома, поступила на обследование с жалобами на боли в животе, голодные и поздние, через 1- 1,5 часа после еды, связанные с погрешностью в диете, изжогу, запоры, чувство быстрого насыщения. Боли в течение 1 года. ***При осмотре***: пониженного питания, кожа сухая, с гиперкератозом, волосы и ногти тусклые и ломкие, кайма губ яркая, угловой хейлит. Умеренная болезненность в эпигастральной области в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Стула не было 2 дня. Пальпируется плотная, безболезненная сигмовидная кишка. Обследование: ***Кал на я/глистов*** – не обнаружены. ***УЗИ органов брюшной полости***: желчный пузырь несколько увеличен в размерах, с поперечной перетяжкой (при перемене положения сохраняется). ***рН-метрия желудка*** – базальная рН в теле желудка – 1,9, в антруме – 2,3; стимулированная эуфиллином (7 мг/кг) в теле – 1,4, в антруме – 1,8. Заключение: усиление КОФ. Декомпенсированное кислотообразование.***ФГДС*** – диффузная гиперемия, отек СОЖ, гиперплазированные лимфоидные фолликулы (в виде «булыжной мостовой») и эрозии диаметром0.2-0.3см в антруме. Слизистая ДПК не изменена.

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.Составьте план дальнейшего обследования

3.Укажите принципы терапии данного больного

4.Расскажите принципы питания в конкретном случае

5.Методы диагностики Giardia Lamblia.

5.Больной 15 лет, обследован гастроэнтерологом по поводу болей в эпигастральной и пилородуоденальной областях. Результаты обследования: рН-метрия- усиление КОФ тела желудка: рН базальной секреции-1,4;стимулированной - 1,1. ФГДС: диффузная гиперемия и отек СОЖ, гиперплазированные лимфоидные фолликулы в антруме, пятнистая гиперемия СО ДПК. Проведение уреазного теста и иммуноферментных анализов выявило НР. Морфологически – умеренная инфильтрация СОЖ нейтрофилами и лимфоцитами.

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.Укажите принципы терапии данного больного

3.Укажите мероприятия и длительность диспансерного наблюдения

4.Назовите санатории местного уровня для пациентов с данной патологией.

5.Каков прогноз для жизни у данного пациента?

6. Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоядение, большие перерывы в еде. При осмотре: Живот не вздут, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0+1 +в/3, краймягко-эластичный,безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки. ФГДС: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взятыдва фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP. Гистологическое исследование биоптата (после ФГДС): в слизистой желудка определяется отек и слабо выраженная инфильтрация, представленная преимущественно плазматическими клетками и лимфоцитами с наличием очаговых кровоизлияний под поверхностным слоем эпителия. Заключение: Морфологические признаки хронического гастрита, без перестройки желез, средней степени активности. Биопсийный тест (де-нолтест) на HP: (++). Дыхательный уреазный тест: положительный.

1.Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.

2.Составьте диагностический алгоритм. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспрессдиагностика?

3.Какие схемы эрадикации H. pylori Вы знаете?

4.Назначьте лечение данному больному

5.Укажите принципы диспансерного наблюдения.

У подростка 17 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

1.Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?

2.Что нужно сделать для установления источника кровотечения?

3.Какие критерии степени тяжести кровотечения?

4.Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?

5.Какие показания для экстренной операции?

7. Дмитрий 14 лет страдает хроническим гастродуоденитом с 9- летнего возраста. Наследственность отягощена: у дедушки по отцу и у отца язвенная болезнь. Дедушка умер от прободной язвы желудка. Ребенок наблюдается и лечится в поликлинике по месту жительства. За последний год наблюдается ухудшение состояния. Стал более раздражительным, сон беспокойный, появилась отчетливая сезонность обострений. Последние 2 недели беспокоят интенсивные приступообразные боли в эпигастрии и пилородуоденальной области, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, поздние; иногда возникает рвота, без примесей крови. Осмотр: при пальпации живота мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. Фибродуоденоскопия: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. На слизистой оболочке луковицы определяется дефект овальной формы размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями. Дыхательный тест на выявление H. pylori – положительный (++).

1.Сформулируйте диагноз.

2.Дайте обоснование диагноза.

3.Назовите основные причины развития данного заболевания у детей и подростков.

4.Назовите принципы лечения данного пациента.

5.Определите меры диспансерного наблюдения.

8. Ребенок 9 лет поступил в стационар с жалобами на боли приступообразного характера, локализующиеся в эпигастральной области с иррадиацией в левое подреберье, левую руку, ногу. Боли усиливаются после приема свежих фруктов, фруктовых соков, молочных продуктов. Ребенка беспокоит тошнота, иногда рвота, вздутие живота. Из анамнеза известно, что полгода назад у ребенка была тупая травма живота (на физкультуре стукнули в живот). Была рвота, боли в животе. Лечился амбулаторно, после чего появились боли в животе, интенсивность которых постепенно нарастала. Диету не соблюдал. Не обследовался. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые.Хорошего питания. Зев чист. Язык обложен налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, брадикардия (ЧСС 68 в 1 мин.), систолический шум на верхушке. АД 95/60 мм рт. ст. Живот немного увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, точке МейоРобсона, Кача. Печень и селезенка не увеличены, стул 2 раза в день, кашицеобразный с жирным блеском.

1.Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.Какова, по Вашему мнению, возможная причина заболевания?

3.Назначьте план обследования.

4.Принципы лечения данного ребенка.

5.Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитации в поликлинике.

**Проверка практических навыков**

1. Оцените общий анализ крови
2. Оцените общий анализ мочи
3. Оцените биохимический анализ крови: показатели трансаминаз, холестерина, амилазы липазы.
4. Оцените результаты ФЭГДС
5. Оцените результаты УЗ исследования органов брюшной полости.
6. Оцените дыхательный тест на геликобактер
7. Определите структурные изменения поджелудочной железы по результатам КТ и МРТ.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 4. Патология влагалищного отростка брюшины: паховая грыжа, водянка оболочек яичка и семенного канатика. Пупочная и параумбиликальная грыжи. Ущемленные грыжи.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют | А) отсутствие яичка в мошонке  Б) беспокойство и подъем температуры  В) наличие мягкого эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии\*  Г) гиперемия мошонки  Д) гиперемия и болезненность в паховой области |
| 2. Вскрытие передней стенки пахового канала при паховой грыже обязательно | А) у девочек  Б) у мальчиков  В) у грудных детей  Г) у больных старше 2 лет  Д) у больных старше 5 лет\* |
| 3. Для остро развившейся водянке оболочек яичка наиболее характерным симптомом является | А) появление припухлости в одной половине мошонки\*  Б) ухудшение общего состояния  В) подъем температуры  Г) резкая болезненность при пальпации мошонки  Д) гиперемия кожи мошонки |
| 4. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается | А) к 28 – 32 неделям внутриутробной жизни  Б) к рождению  В) к 1 году\*  Г) к 2 – 3 годам  Д) сразу после рождения |
| 5. Осложнения в послеоперационном периоде лечения кисты семенного канатика связаны | А) с возрастом ребенка  Б) с сопутствующими пороками  В) с техническими погрешностями\*  Г) с запоздалой операцией  Д) с предшествующими пункциями |
| 6. У ребенка 1 года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать: | А) экстренное оперативное вмешательство  Б) операцию в плановом порядке по достижении 3 лет  В) наблюдение в динамике  Г) массаж животе, гимнастика, профилактика запоров\*  Д) массаж животе, профилактика запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем |
| 7. Диафаноскопия показана | А) при паховой грыже  Б) при пахово-мошоночной грыже  В) при перекруте яичка  Г) при остро возникшей кисте семенного канатика\*  Д) при бедренной грыже |
| 8. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является | А) частое ущемление  Б) возраст после двух лет  В) установление диагноза\*  Г) возраст после 5 лет  Д) диаметр выпячивание свыше 3 см |
| 9. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена | А) повышением внутрибрюшного давления  Б) ангиодисплазией  В) травмой пахово-мошоночной области  Г) назаращением вагинального отростка\*  Д) инфекцией мочевыводящих путей |
| 10. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает | А) пункцию элементов семенного канатика  Б) рассечение оболочек кисты  В) операцию Гросса\*  Г) операцию Винкельмана  Д) иссечение оболочек яичка |
| 11. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется: | А) ушивание апоневроза узловыми швами\*  Б) ушивание апоневроза непрерывным швом  В) аутодермопластика кожным лоскутом  Г) пластика широкой фасцией бедра  Д) подшивание синтетических материалов |
| 12. Пункция оболочек яичка показана при | А) кисте семенного канатика  Б) перекруте яичка  В) орхоэпидидимите  Г) напряженной водянке оболочек яичка\*  Д) идиопатическом отека мошонки |
| 13. Для паховой грыжи характерно | А) тошнота и рвота  Б) подъём температуры  В) эластичное выпячивание в паховой области\*  Г) боли в животе  Д) плохой аппетит |
| 14. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить с | А) орхитом  Б) водянкой оболочек яичка\*  В) варикоцеле  Г) перекрутом гидатиды Морганьи  Д) орхоэпидидимитом |
| 15 Осложнения грыжесечения обусловлены | А) техническими погрешностями\*  Б) возрастом ребенка  В) степенью диспластических изменений  Г) сопутствующими пороками  Д) операцией по экстренным показаниям |
| 16. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1,5 лет предусматривает | А) оперативное лечение в экстренном порядке  Б) наблюдение до 3 – 4 лет  В) наблюдение до 1,5 – 2 лет\*  Г) пункцию  Д) физиотерапию |
| 17. Лечение больного 2-х лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает | А) наблюдение в динамике  Б) пункцию оболочек яичка с эвакуацией жидкости  В) повторные пункции с введением гидрокртизона  Г) оперативное лечение в плановом порядке  Д) назначение гормональных препаратов |
| 18. У мальчика 2-х лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. Со слов матери, эта припухлость появилась сутки назад. | А) водянка оболочек яичка  Б) ущемленная паховая грыжа  В) остро развившаяся водянка оболочек яичка  Г) ущемленная пахово-мошоночная грыжа\*  Д) перекрут яичка |
| 19. У 5-месячного мальчика на фоне ОРВИ 2 часа назад произошло ущемление паховой грыжи. Тактика детского хирурга | А) неотложная операция  Б) наблюдение  В) попытка насильственного вправления грыжи  Г) премедикация, повторный осмотр через 30 минут  Д) УЗИ, премедикация, теплая ванна, повторный осмотр через 30 минут\* |
| 20. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует | А) экстренного оперативного лечения  Б) оперативного лечения в плановом порядке  В) одно-лвукратной пункции, при неэффективности – оперативное лечение\*  Г) наблюдения в динамике |

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое влагалищный отросток брюшины, сроки его облитерации.
2. Водянка оболочек яичка. Клиника, диагностика.
3. Дифференциальная диагностика, методы.
4. Сообщающаяся водянка оболочек яичка.
5. Способы и сроки лечения водянки оболочек яичка.
6. Водянка (киста) семенного канатика.
7. Диагностика и дифференциальная диагностика, используемые методы.
8. Лечение кисты семенного канатика.
9. Паховая грыжа, особенности паховых грыж у детей.
10. Ущемленная паховая грыжа, дифференциальная диагностика.
11. Консервативное лечение ущемленной грыжи у детей.
12. Сроки и методы оперативного лечения паховых грыж и водянок оболочек яичка.
13. Пупочная, параумбиликальная грыжи, грыжа белой линии живота.
14. Клиника, диагностика.
15. Сроки и методы оперативного лечения.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Мальчик 5,5 месяцев доставлен в приемное отделение с диагнозом: ОРЗ, паховый лимфаденит справа. Со слов мамы 2 часа назад ребенок стал беспокойным, была однократная рвота, появилась припухлость в правой паховой области. Температура тела 38оС. В течение трех дней ребенка беспокоит насморк, повышенная температура, редкий кашель. Объективно: в правой паховой области имеется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, неподвижное, резко болезненное, кожа над ним не изменена. Правое яичко обычных размеров, в мошонке.

Ваш предположительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

1. 2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. Рвоты не было. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами эластичное болезненное образование размерами 4 х 3 см. Оба яичка в мошонке.

Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники и стационара?

1. У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки. При пальпации в мошонке определяется опухолевидное эластическое безболезненное образование с ровными контурами, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено.

Ваш диагноз? Дополнительное обследование, тактика лечения?

1. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено.

Ваш диагноз и тактика?

1. В приемное отделение хирургического стационара доставлена годовалая девочка с клинической картиной левосторонней ущемленной паховой грыжей. Тактика врача приемного покоя? Лечебная тактика дежурного хирурга?
2. Вы детский хирург. При осмотре мальчика, недавно выписанного из родильного дома, вы обнаружили у него увеличение мошонки за счет большого размера яичек мягко-эластической консистенции, безболезненных при пальпации. Наружное кольцо пахового канала свободны с обеих сторон. При диафаноскопии мошонки – симптом «просвечивания». Ваш предположительный диагноз и рекомендации родителям.
3. К вам обратились родителя полугодовалого мальчика с жалобами на наличие у него правосторонней паховой грыжи. С их слов, знакомый взрослый хирург, осмотрев этого ребенка установил диагноз, но с операцией посоветовал родителям подождать, когда ребенок подрастет до 2-3 лет. Оцените данную рекомендацию. Что является показанием к операции при паховой грыже у детей?
4. У девочки 1 месяца 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование 1,5 х 1 см. округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное.

Ваш диагноз и тактика?

9. У девочки 3-х месяцев обнаружено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования размерами 1,5 х 1,5 см, легко вправляемого в брюшную полость. Ваш диагноз и клинические рекомендации.

10. У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по средней линии живота на 3 см выше пупочного кольца безболезненное выпячивание размером 0,5 х 0,5 см, легко вправляемое в брюшную полость. При этом определяется дефект опоневроза по средней линии 0,7 х 0,7 см.

Каковы ваши диагноз и тактика лечения?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на решении проблемно-ситуационных задач. Кроме того, ординатор должен подробно рассказать ход операции при паховых, пупочных грыжах, водянке оболочек яичка и семенного канатика.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 5. Крипторхизм. Варикоцеле. Фимоз.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать | А) с рождения  Б) с полугода\*  В) с 2 лет  Г) с 5 лет  Д) с 12 лет |
| 2. Варикоцеле у детей возникает | А) в период новорожденности  Б) до 3-х лет  В) до 7 лет  Г) до 9 – 10 лет  Д) после 9 – 10 лет\* |
| 3. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение | А) до 6 лет  Б) до 10 лет  В) до 12 лет  Г) до 16 лет  Д) безотлагательно\* |
| 4. Яички начинают вырабатывать андрогены | А) еще внутриутробно\*  Б) на первом году жизни  В) в раннем детском возрасте  Г) с началом полового созревания  Д) в конце пубертатного периода |
| 5. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают | А) период новорожденности  Б) 6 мес. – 1 год\*  В) 2 – 5 лет  Г) 6 – 9 лет  Д) начиная с 10 лет |
| 6. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка | А) орхоэпидидимит  Б) перекрут яичка  В) аллергический отек мошонки  Г) ущемленная паховая грыжа\*  Д) рожистое воспаление мошонки |
| 7. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе – боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать | А) динамическое наблюдение  Б) гормональную терапию  В) безотлагательное оперативное вмешательство\*  Г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией  Д) динамическое наблюдение в течение 2 лет |
| 8. Артерия и вена яичка расположена в забрюшинной клетчатке | А) в собственном слое забрюшинной клетчатки\*  Б) в паранефрон  В) в околоободочной клетчатке (параколон)  Г) правильные ответы Б и В  Д) правильного ответа нет |
| 9. Назовите вариант **несуществующей** формы эктопии яичка при крипторхизме | А) пениальная  Б) бедренная  В) промежностная  Г) перекрестная  Д) пупочная\* |
| 10. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить | А) пневмопельвиографию  Б) ультразвуковое исследование\*  В) радиоизотопное сканирование с Тс90  Г) проба с ХГ  Д) лапароскопию |
| 11. Положительная проба с ХГ имеет диагностическое значение в случае | А) одностороннего крипторхизма  Б) двустороннего крипторхизма\*  В) ложного крипторхизма  Г) анорхизма  Д) монорхизма |
| 12. Для паховой эктопии яичка характерно: | А) яичко расположено под кожей и смещается вдоль пахового канала\*  Б) яичко расположено под кожей и смещается к бедру  В) яичко не пальпируется  Г) яичко периодически самостоятельно смещается в мошонку  Д) яичко определяется на промежности |
| 13. Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить | А) диспансерное наблюдение\*  Б) лечение ХГ  В) оперативное лечение  Г) снятие с учета  Д) регулярный массаж паховой области |
| 14Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно возникшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек мошонки, больше справа, яичко на ощупь не изменено, пальпация мошонки болезненна. Температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом. В данном случае наиболее вероятен диагноз | А) ушиб яичка  Б) разрыв яичка  В) перекрут яичка  Г) перекрутом подвес яичка  Д) аллергический отек мошонки\* |
| 15. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичка | А) перекрут гидатиды яичка\*  Б) перекрут яичка  В) орхоэпидидимит  Г) флегмона Фурнье  Д) травматический разрыв яичка |
| 16. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано | А) наблюдение в динамике  Б) операция Иванисевича  В) операция Паломо  Г) консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т.д.\*  Д) тщательное урологическое обследование |
| 17. Больной 13 лет страдает варикоцеле II - III степени. Ему рекомендовано | А) наблюдение в динамике  Б) операция Иванисевича  В) операция Поломо\*  Г) консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т.д.  Д) тщательное урологическое обследование |
| 18. Для перекрута яичка в мошонке характерны | А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гипертермия  Б) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация  В) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик\*  Г) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация  Д) симптоматика зависит от возраста |
| 19. Основным принципом орхиопексии является | А) низведение яичка без натяжения его элементов\*  Б) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке  В) пересечении мышцы, поднимающей яичко  Г) создание условий для постоянной тракции и вытягивания элементов семенного канатика  Д) фиксация яичка к дну мошонки |
| 20. Отличие операции Иванисевича от операции Паломо состоит в | А) перевязке артерии и вен семенного канатика\*  Б) сохранении лимфатических сосудов  В) сохранении тестикулярной артерии  Г) только паховым доступом к яичковым сосудам  Д) мобилизации яичка |

**Вопросы для устного опроса**

1. Фимоз: понятие.
2. Что такое «физиологический» фимоз.
3. Осложнения фимоза, сроки и методы лечения.
4. Крипторхизм.
5. Классификация.
6. Клиника и диагностика.
7. Сроки и методы оперативного лечения.
8. Варикоцеле. Причина, классификация, клинические проявления.
9. Сроки и методы оперативного лечения.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У ребенка 12 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке. Ваш диагноз и тактика?
2. Ребенок 12 лет обратился с жалобами на боль в правой половине мошонки, появившуюся 2 часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненно, малоподвижно. Кожа мошонки гиперемирована. Ваш диагноз и тактика?
3. У мальчика 1 месяца отмечено отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, мошонка гипоплазирована. Ваш диагноз и тактика?
4. Ребенок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отек и гиперемию кожи. Левое яичко в мошонке, увеличено в размерах по сравнению с правым, болезненно при пальпации. Травму ребенок отрицает. Ваш диагноз и тактика?
5. Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Мальчику 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

Ваш диагноз и тактика.

1. На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Общее состояние удовлетворительное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2х1,0х0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование1,0х1,0см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено.

Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод  
исследования для уточнения диагноза.

1. На приём к участковому врачу-педиатру обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Общее состояние удовлетворительное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание  
   безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и [гиперемия](http://pediatrino.ru/patologicheskaya-anatomiya-i-klinichesk/polnokrovie-giperemiya/) левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса. Поставьте предварительный диагноз.  
   Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи?
2. Мальчик 13 лет получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см, тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

Диагноз. Какую тактику лечения вы изберете? Ее обоснование.

1. У двухлетнего мальчика отсутствует яичко в мошонке, правая половина мошонки недоразвита. В паховом канале пальпаторно яичко не обнаружено. Где еще нужно вести поиски яичка и какие диагностические методы необходимо применить? Объясните разницу между анорхизмом, крипторхизмом и эктопией.

В каком возрасте необходимо выполнять операцию орхиопексии и почему.

1. Мальчик 14 лет жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация.

Диагноз. Лечение.

1. Больной 5 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне внезапно - почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит. При осмотре: отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. В данном случае имеет место? Лечебная тактика.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на решении проблемно-ситуационных задач.

**Модуль 3. Плановая хирургия**

**Тема 6. Амбулаторная хирургия у детей. Хирургический стационар дневного пребывания.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. На основании какого документа осуществляется оказание медицинской помощи детям по профилю «детская хирургия».
2. В каком виде оказывается медицинская помощь детям.
3. В каких условиях может оказываться медицинская помощь детям по профилю «детская хирургия».
4. Что включает в себя первичная медико-санитарная помощь детям.
5. Кем осуществляется первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям.
6. Кем осуществляется первичная врачебная медико-санитарная помощь детям.
7. Кем осуществляется первичная специализированная медико-санитарная помощь детям.
8. С какими целями создается кабинет врача-детского хирурга.
9. Функции врача детского хирургического кабинета.
10. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 134н  
    "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - детский хирург"
11. Что входит в понятие «обобщенная трудовая функция код А: «Оказание первичной медико-санитарной помощи детям по профилю "детская хирургия" в амбулаторных условиях»
12. Код А/01.8 «Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза»
13. Код А/02.8 «Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности»
14. Код А/03.8 «Планирование и контроль эффективности медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями»
15. Код А/04.8 «Оказание паллиативной медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями»
16. Код А/05.8 «Проведение медицинских экспертиз в отношении детей с хирургическими заболеваниями»
17. Код А/06.8 «Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения»
18. Код А/07.8 «Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации»
19. Код А/08.8 «Оказание медицинской помощи в экстренной форме»
20. Понятие о хирургическом стационаре одного дня.
21. Объем медицинской помощи в стационаре одного дня.
22. Противопоказания к лечению детей по профилю «детская хирургия» в стационаре одного дня.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на данном занятии основана на проверке теоретических знаний и ряда практических умений, входящих в стандарт «Оказание первичной медико-санитарной помощи детям по профилю "детская хирургия" в амбулаторных условиях»:

Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции детям с хирургическими заболеваниями, такие как:

- пункция гнойного очага;

- инсталляция мочевого пузыря;

- наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов;

- наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки;

- наложение повязки при заболеваниях мышц;

- наложение иммобилизационной повязки при переломах костей;

- наложение шины при переломах костей;

- наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов;

- наложение повязки при ранении (повреждении) сосудов;

- наложение повязки на послеоперационные раны;

- удаление поверхностного инородного тела;

- вскрытие панариция;

- сшивание кожи и подкожно-жировой клетчатки;

- вскрытие фурункула (карбункула);

- обработка места открытого перелома;

- вправление вывиха сустава;

- аппликационная, инфильтрационная и проводниковая местная анестезия;

- катетеризация мочевого пузыря;

- пункция суставов;

- наложение жгута при кровотечении;

- наложение гипсовых повязок;

- наложение кожных швов;

- снятие кожных швов.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 1. Эмбриогенез мочевой системы. Принципы формирования пороков ОМС. Общая семиотика урологических заболеваний. Методы исследования в детской урологии.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: | А) перемежающийся гидронефроз\*  Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  В) гипоплазия почки  Г) удвоение верхних мочевых путей  Д) поликистоз почек |
| 2. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают при: | А) гидронефрозе  Б) нефроптозе  В) мочекаменной болезни\*  Г) поликистозе  Д) при тромбозе почечной артерии |
| 3. При цистографии у детей чаще всего выявляется: | А) уретероцеле  Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса\*  В) наличие незаращенного урахуса  Г) наличие пузырно-кишечного свища  Д) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 4. Фармакодинамическая проба (УЗИ или внутривенная урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: | А) сморщивание или гипоплазия почки  Б) новообразование или киста почки  В) ОРВИ или апостематоз почки  Г) пиелоэктазия или гидронефроз\*  Д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь |
| 5. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: | А) пиурию  Б) альбуминурию  В) микрогематурию  Г) макрогематурию\*  Д) оксалатурию |
| 6. Метод микционной цистографии наиболее информативен для диагностики: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) гидронефроза  В) пороков уретры и ПМР\*  Г) удвоения верхних мочевых путей  Д) нефроптоза |
| 7. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: | А) цистоскопии  Б) антеградной урографии  В) микционной цистографии\*  Г) урофлоуметрии  Д) цистометрии |
| 8. Забрюшинное пространство имеет: | А) два клеточных слоя  Б) три клеточных слоя\*  В) четыре клеточных слоя  Г) пять клеточных слоев  Д) один клеточный слой |
| 9. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием: | А) острая задержка мочи  Б) гидронефроз\*  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  Г) недержание мочи  Д) нейрогенный мочевой пузырь |
| 10. Антеградную пиелографию выполняют для выявления: | А) дивертикула мочевого пузыря  Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса  В) проходимости пиелоуретерального анастомоза при гидронефрозе\*  Г) опухоли почки  Д) кисты почки |
| 11. Для цистографии используют: | А) сергозин  Б) сульфат бария  В) верографин\*  Г) сульфат натрия  Д) тиосульфат натрия |
| 12. Больным с анурией **противопоказано** проведение: | А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости  Б) экскреторной урографии\*  В) цистографии  Г) ретроградной пиелографии  Д) цистоскопии |
| 13. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазии почки позволяет установит: | А) экскреторная урография  Б) компьютерная томография  В) почечная ангиография  Г) биопсия почки  Д) радиоизотопное исследование в динамике\* |
| 14. Основным признаком гидронефроза считают: | А) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника\*  Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки  В) признаки вторичного пиелонефрита  Г) истончение почечной паренхимы  Д) признаки снижения почечного кровотока |
| 15. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают: | А) экскреторную урографию\*  Б) цистографию  В) цистоскопию  Г) цистометрию  Д) УЗИ с определением почечного кровотока |
| 16. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) энуреза  В) эктопии устья добавочного мочеточника\*  Г) эписпадии  Д) клапана задней уретры |
| 17. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита возникает: | А) при камне верхней чашечки  Б) при камне лоханки  В) при корраловидном камне почки  Г) при камне мочеточника  Д) при камне мочевого пузыря\* |
| 18. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен: | А) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек\*  Б) для тотальной эписпадии  В) для клапана задней уретры  Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря  Д) двустороннего уретероцеле |
| 19. Назовите самую частую врожденную аномалию мочевых путей: | А) поликистоз почек  Б) удвоение верхних мочевых путей  В) врожденный гидронефроз\*  Г) дистопия почек  Д) добавочная 3-я почка |
| 20. Какую роль в этиологии хронического пиелонефрита играет обструкция мочевых путей | А) доминируюшую\*  Б) никакую  В) встречается в 25% случаев  Г) только у девочек  Д) только у мальчиков |

**Вопросы для устного опроса**

1. С чем связана необходимость ранней диагностики пороков развития почек?
2. Назовите стадии развития почек
3. Что такое пронефрос?
4. Когда появляется мезонефрос, где он располагается и из чего состоит?
5. Как развивается метанефрос?
6. Опишите процесс восхождения почек, когда он начинается?
7. Какие аномалии количества почек Вы знаете?
8. Какие виды дистопии почек Вы знаете?
9. Назовите аномалии взаимоотношения почек.
10. С чем связано возникновение подковообразной почки?
11. Какие аномалии относятся к аномалиям величины и структуры почки?
12. Назовите признаки полного удвоения почек и мочеточников.
13. Где располагается устье добавочного мочеточника удвоенной почки? Какое это может иметь клиническое значение?
14. Назовите возможные варианты эктопии мочеточников у девочек.
15. Методы лабораторного исследования в детской урологии
16. Методы рентгенодиагностики при урологических заболеваниях
17. Методы оценки функции почек у детей
18. Техника экскреторной урографии
19. Техника цистоуретрографии
20. Оценка полученных результатов

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?
2. Вы – неонатолог родильного дома. Внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ у плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?
3. Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. У ребенка 6 лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры тела до 38оС. В анализах мочи лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое исследование не проводилось. Ваш предварительный диагноз? План обследования? Методы диагностики? Лечебная тактика? Ваша оценка тактики педиатра.
5. У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
6. У мальчика 10 дней с рождения отмечено увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размерами 8 х 6 х 4 см. При ультразвуковом исследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, структура без особенностей. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?
7. Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами с большое яблоко, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. В поликлинике при УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
8. У девочки 11 лет астенического телосложения при длительной ходьбе и физической нагрузке нередко начинается приступ болей в правой половине живота. Иногда эта боль бывает настолько острой, что родители вызывают на дом врача скорой помощи. В анализах мочи, выполненных после приступа, определяется микрогематурия. При каких заболеваниях возможна подобная клиническая картина? Какие исследования позволяют установить истинную причину заболевания?
9. В педиатрическом стационаре у мальчика 8 лет с хроническим заболеванием почек внезапно прекратилось мочеиспускание. При обсуждении возможной причины этого состояния мнения врачей разошлись. Одни полагали, что у ребенка анурия, другие считали, что это острая задержка мочи.

Назовите наиболее легко определяемый признак, отличающий анурию от острой задержки мочи?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных КТ.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 2. Неотложные симптомы урологии детского возраста: макрогематурия, почечная колика, острая задержка мочи.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо выполнить: | А) ретроградную пиелографию  Б) экскреторную урографию  В) цистоскопию\*  Г) цистоуретрографию  Д) радиоизотопную ренографию |
| 2. Одностороннюю макрогематурию наблюдают | А) при болезни Верльгофа  Б) при узелковом  В) при остром гломерулонефрите  Г) при поликистозе  Д) при опухоли почки\* |
| 3. При цистографии у детей чаще всего выявляется: | А) уретероцеле  Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса  В) наличие незаращенного урахуса  Г) наличие пузырно-кишечного свища  Д) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 4. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: | А) перемежающийся гидронефроз\*  Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  В) гипоплазия почки  Г) удвоение верхних мочевых путей  Д) поликистоз почек |
| 5. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: | А) пиурию  Б) альбуминурию  В) микрогематурию  Г) макрогематурию\*  Д) оксалатурию |
| 6. Наиболее часто болевой синдром у урологических больных локализуется: | А) в поясничной области \*  Б) у наружного края прямых мышц  В) в надлобковой области  Г) в эпигастрии  Д) в промежности |
| 7. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать: | А) мочекаменная болезнь  Б) гидронефроз  В) острый гломерулонефрит\*  Г) опухоль почки  Д) киста почки |
| 8. При анурии у детей противопоказана: | А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости  Б) экскреторной урографии\*  В) цистографии  Г) ретроградной пиелографии  Д) цистоскопии |
| 9. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной: | А) фимозом  Б) опухолью мочевого пузыря  В) камнем уретры  Г) разрывом уретры\*  Д) камнем мочевого пузыря |
| 10. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают при: | А) гидронефрозе  Б) нефроптозе  В) мочекаменной болезни\*  Г) поликистозе  Д) при тромбозе почечной артерии |
| 11. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является: | А) болезненное мочеиспускание  Б) острая задержка мочи  В) гематурия\*  Г) пиурия  Д) протеинурия |
| 12. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита возникает: | А) при камне верхней чашечки  Б) при камне лоханки  В) при корраловидном камне почки  Г) при камне мочеточника\*  Д) при камне мочевого пузыря |
| 13. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является: | А) гематурия  Б) пиурия  В) острая задержка мочи\*  Г) дизурия  Д) никтурия |
| 14. Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают: | А) экскреторную урографию  Б) восходящую уретрографию\*  В) урофлоуметрию  Г) цистографию  Д) нефросцинтиграфию |
| 15. Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо провести УЗИ: | А) до приема пациентом пищи  Б) с наполненным у пациента мочевым пузырем\*  В) после опорожнения мочевого пузыря  Г) в положении больного стоя  Д) через наполненный газом кишечник |

**Вопросы для устного опроса**

**Проблемно-ситуационные задачи**

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 3. Врожденный гидронефроз, уретерогидронефроз.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Ведущий симптом врожденного гидронефроза у новорожденных: | А) синдром пальпируемой опухоли\*  Б) пиурия  В) протеинурия  Г) почечная недостаточность  Д) боль |
| 2. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают: | А) экскреторную урографию\*  Б) цистографию  В) цистоскопию  Г) цистометрию  Д) УЗИ с определением почечного кровотока |
| 3. Назовите самую частую врожденную аномалию мочевых путей: | А) поликистоз почек  Б) удвоение верхних мочевых путей  В) врожденный гидронефроз\*  Г) дистопия почек  Д) добавочная 3-я почка |
| 4. Фармакодинамическая проба (УЗИ или внутривенная урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: | А) сморщивание или гипоплазия почки  Б) новообразование или киста почки  В) ОРВИ или апостематоз почки  Г) пиелоэктазия или гидронефроз\*  Д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь |
| 5. Основным признаком гидронефроза считают: | А) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника\*  Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки  В) признаки вторичного пиелонефрита  Г) истончение почечной паренхимы  Д) признаки снижения почечного кровотока |
| 6. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: | А) перемежающийся гидронефроз\*  Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  В) гипоплазия почки  Г) удвоение верхних мочевых путей  Д) поликистоз почек |
| 7. Рефлюксирующий мегауретер может быть выявлен при: | А) цистоскопии  Б) антеградной урографии  В) микционной цистографии\*  Г) урофлоуметрии  Д) цистометрии |
| 8. Элементы почечной ножки при рассмотрении спереди назад расположены следующим образом: | А) вена, артерия, мочеточник\*  Б) артерия, вена, мочеточник  В) вена, мочеточник, артерия  Г) мочеточник, вена, артерия  Д) артерия, мочеточник, вена |
| 9. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием: | А) острая задержка мочи  Б) гидронефроз\*  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  Г) недержание мочи  Д) нейрогенный мочевой пузырь |
| 10. Антеградную пиелографию выполняют для выявления: | А) дивертикула мочевого пузыря  Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса  В) проходимости пиелоуретерального анастомоза при гидронефрозе\*  Г) опухоли почки  Д) кисты почки |
| 11. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают: | А) операцию Фолея  Б) операцию Бонина  В) операцию Хайнса – Андерсена \*  Г) резекцию добавочного сосуда  Д) уретеролизис |
| В следующих заданиях выберите **ВСЕ** правильные ответы: | |
| 12. Для подтверждения диагноза врожденного гидронефроза ребенку 7 дней показаны: | А) экскреторная урография\*  Б) цистография  В) почечная ангиография  Г) биопсия почки  Д) УЗИ почек, мочеточника, мочевого пузыря\* |
| 13. Причиной возникновения рефлексирующего мегауретера являются: | А) незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника\*  Б) стеноз устья мочеточника  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс\*  Г) короткий интрамуральный отдел мочеточника\*  Д) дистопия устья мочеточника\* |
| 14. Причиной возникновения нерефлексирующего мегауретера являются: | А) незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника\*  Б) стеноз устья мочеточника\*  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс  Г) короткий интрамуральный отдел мочеточника  Д) дистопия устья мочеточника |
| 15. Для обструктивного гидронефроза характерны: | А) боль\*  Б) изменения в анализах мочи\*  В) симптом пальпируемой опухоли\*  Г) гематурия  Д) повышение АД |
| 16. Выполнение экскреторной урографии у детей возможно при наличии: | А) биохимического исследования крови\*  Б) посева мочи на стерильность  В) анализа мочи по Зимницкому\*  Г) радиоизотопного исследования почек  Д) общего анализа мочи\* |
| 17. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода **можно** выявить: | А) гидронефротическую трансформацию почек\*  Б) врожденную кишечную непроходимость\*  В) врожденный трахеопищеводный свищ  Г) гастрошизис\*  Д) врожденный порок сердца\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое гидронефроз?
2. Причины врожденного гидронефроза.
3. Клинические симптомы гидронефроза.
4. Алгоритм диагностики гидронефротической трансформации почек.
5. Методы лечения гидронефроза.
6. Классификация уретерогидронефроза (мегауретера).
7. Рефлюксирующий мегауретер.
8. Нерефлюксирующий мегауретер.
9. Диагностика.
10. Лечебная тактика.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?
2. Вы – неонатолог родильного дома. Внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ у плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?
3. Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в правой половине живота. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы справа. Анализ мочи в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. У ребенка 6 лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры тела до 38оС. В анализах мочи лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое исследование не проводилось. Ваш предварительный диагноз? План обследования? Методы диагностики? Лечебная тактика? Ваша оценка тактики педиатра.
5. Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами с большое яблоко, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. В поликлинике при УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
6. Девочка 2,5 лет с пятимесячного возраста постоянно лечится по поводу рецидивирующего пиелонефрита. При УЗИ выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Каковы ваши предварительные диагноз и план обследования.
7. Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота, периодически отмечается лейкоцитурия до 10 – 30 в поле зрения. При УЗИ выявлено значительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, паренхима правой почки истончена, мочеточник не прослеживается.

Каковы ваши предварительные диагноз и план обследования.

1. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет получает консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенка не обследовали. Для уточнения диагноза выполнено рентгеноурологическое исследование. При цистографии выявлкн заброс контрастного веществе в левый расширенный извитой мочеточник и лоханку.

Каков ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных КТ.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 4. Аномалии устья мочеточника: уретероцеле, эктопия устья. Аномалии мочевого пузыря и уретры, полового члена.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) энуреза  В) эктопии устья добавочного мочеточника\*  Г) эписпадии  Д) клапана задней уретры |
| 2. Полным недержанием мочи сопровождается: | А) тотальная эписпадия\*  Б) промежностная гипоспадия  В) субсимфизарная эписпадия  Г) клапаны задней уретры  Д) эктопическое уретероцеле |
| 3. Методом выбора в оперативном лечении тотальной эписпадии у детей считают: | А) устранение недержания мочи  Б) создание искусственного сфинктера мочевого пузыря из окружающей скелетной мускулатуры\*  В) формирование сфинктера мочевого пузыря из местных тканей  Г) устранение недержания мочи путем отведения в кишечник  Д) уретропластика |
| 4. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен: | А) для эктопии устья добавочного мочеточника в уретру\*  Б) для тотальной эписпадии  В) для клапана задней уретры  Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря  Д) для тяжелой формы энуреза |
| 5. Операцией выбора при гигантском эктопическом уретероцеле считают: | А) геминефруретерэктомию  Б) геминефруретерэктомию с опорожнением содержимого уретероцеле  В) геминефруретерэктомию с иссечением оболочек кисты\*  Г) уретероуретероанастомоз  Д) рассечение уретероцеле |
| 6. Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу гипоспадии является: | А) новорожденные и грудные дети  Б) 1 – 1,5 года\*  В) 2 – 3 года  Г) 5 – 6 лет  Д) 7 – 10 лет |
| 7.Оптимальным сроком для выполнения операции меатотомии при гипоспадии с меатостенозом является: | А) 1 – 2 года  Б) 3 – 5 лет  В) 6 – 8 лет  Г) по установлении диагноза\*  Д) в пубертатном периода |
| 8. Какая форма эктопии устья мочеточника считается казуистической: | А) вестибулярная у девочек  Б) уретральная  В) вагинальная  Г) кишечная\* |
| 9. Какую операцию рекомендуется выполнить при эктопии устья добавочного мочеточника с утратой функции соответствующего сегмента почки: | А) геминефруретерэктомию\*  Б) уретероцистонеоанастомоз  В) ушивание эктопического устья  Г) уретероуретероанастомоз  Д) нефрэктомию |
| 10. Какой элемент отсутствует при гипоспадии типа хорды: | А) половой акт затруднен или невозможен  Б) мочеиспускание по мужскому типу  В) отсутствует дистопия наружного отверстия уретры\*  Г) нет недержания мочи  Д) часто наличие меатостеноза |
| 11. Оптимальный срок для проведения операции по поводу эписпадии: | А) новорожденные и грудные дети  Б) 1 – 3 года\*  В) 4 – 6 года  Г) пубертатный период  Д) 7 – 10 лет |
| В следующих заданиях выберите **ВСЕ** правильные ответы: | |
| 12. Местный статус при головчатой гипоспадии: | А) искривление полового члена  Б) мочеиспускание по мужскому типу\*  В) наличие рудиментарного влагалища  Г) часто меатостеноз\*  Д) недержание мочи |
| 13. Местный статус при стволовой гипоспадии: | А) искривление полового члена\*  Б) мочеиспускание по мужскому типу\*  В) наличие рудиментарного влагалища  Г) меатостеноз  Д) недержание мочи |
| 14. Местный статус при мошоночной гипоспадии: | А) искривление полового члена\*  Б) мочеиспускание по женскому типу\*  В) наличие рудиментарного влагалища  Г) меатостеноз  Д) недержание мочи  Е) мочеиспускание по мужскому типу |
| 15. Местный статус при промежностной гипоспадии: | А) искривление полового члена\*  Б) мочеиспускание по женскому типу\*  В) наличие рудиментарного влагалища\*  Г) меатостеноз  Д) недержание мочи  Е) мочеиспускание по мужскому типу |
| 16. Местный статус при гипоспадии типа хорды | А) искривление полового члена\*  Б) мочеиспускание по женскому типу  В) нормальное расположение меатуса\*  Г) меатостеноз\*  Д) недержание мочи  Е) мочеиспускание по мужскому типу\* |
| 17. Формы эписпадии у мальчиков: | А) эписпадия головки\*  Б) эписпадия полового члена\*  В) субсимфизарная эписпадия  Г) полная или тотальная эписпадия\*  Д) клиторная форма |
| 18. Формы эписпадии у девочек: | А) эписпадия головки  Б) эписпадия полового члена  В) субсимфизарная эписпадия\*  Г) полная или тотальная эписпадия\*  Д) клиторная форма\* |
| 19.Классификация дистальной гипоспадии включает формы: | А) головчатая\*  Б) промежностная  В) венечная\*  Г) дистальная пениальная\*  Д) среднестволовая |
| мошоночная | А) головчатая  Б) промежностная\*  В) пеноскротальная\*  Г) дистальная пениальная  Д) мошоночная\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Эктопия устья мочеточника.
2. Полное и неполное удвоение верхних мочевых путей.
3. Эктопия устья мочеточника у девочек.
4. Эктопия устья мочеточника у мальчиков.
5. Уретероцеле: понятие, причины.
6. Классификация уретероцеле.
7. Клиника и диагностика уретероцеле, лечение,
8. Экстрофия мочевого пузыря.
9. Инфравезикальная обструкция.
10. Гипоспадия: характеристика порока, классификация.
11. Клиническая картина различных форм гипоспадии.
12. Лечение гипоспадии.
13. Эписпадия у мальчиков: клиника, диагностика.
14. Эписпадия у девочек: формы, клиника, диагностика.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У мальчика 3-х лет постоянные жалобы на затрудненное прерывистое мочеиспускание тонкой струёй. В анализах мочи – лейкоцитурия до 20 – 30 в поле зрения.

Каковы ваши предварительный диагноз и план обследования?

1. У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
2. У девочки 3 лет, страдающей рецидивирующим пиелонефритом, но ранее не обследованной в стационаре, при УЗИ органов мочевой системы выявлено удвоение левой почки и округлое образование в проекции мочевого пузыря. При экскреторной урографии функция верхней половины удвоенной почки слева значительно снижена, её мочеточник и лоханка расширены, в мочевом пузыре дефект наполнения округлой формы.

Ваш предположительный диагноз и план обследования этого ребенка. Методы лечения.

1. У новорожденного мальчика сразу после рождения обнаружено вентральное искривление полового члена, неполная капюшонообразная крайняя плоть с вентральным дефектом и избытком кожи по дорсальной поверхности. Наружное отверстие уретры располагается по вентральной поверхности на участке между головкой и мошонкой, резко сужено. Мочеиспускание самостоятельное, но тонкой струёй.

Предположительный диагноз? Сроки и методы лечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных УЗИ.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Рефлюкс-нефропатия. Нейрогенный мочевой пузырь.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. При цистографии у детей чаще вснованием половогосего выявляется: | А) уретероцеле  Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса\*  В) наличие незаращенного урахуса  Г) наличие пузырно-кишечного свища  Д) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 2. ПМР I степени характеризуется: | А) забросом контрастного вещества в дистальный отдел мочеточника, диаметр которого не изменен\*  Б) умеренным расширением мочеточника и лоханки, сглаженностью форникального аппарата  В) контрастное вещество заполняет рентгенологически не измененную лоханку  Г) можно считать рефлексирующим мегауретером  Д) выраженное расширение коллекторных систем почки, извитой и расширенный мочеточник |
| 3. ПМР III степени характеризуется: | А) забросом контрастного вещества в дистальный отдел мочеточника, диаметр которого н изменен  Б)умеренным расширением мочеточника и лоханки, сглаженностью форникального аппарата\*  В) контрастное вещество заполняет рентгенологически не измененную лоханку  Г) можно считать рефлексирующим мегауретером  Д) выраженное расширение коллекторных систем почки, извитой и расширенный мочеточник |
| 4. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: | А) цистоскопии  Б) антеградной урографии  В) микционной цистографии\*  Г) урофлоуметрии  Д) цистометрии |
| 5. Метод микционной цистографии наиболее информативен для диагностики: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря  Б) гидронефроза  В) пороков уретры и ПМР\*  Г) удвоения верхних мочевых путей  Д) нефроптоза |
| 6. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазии почки позволяет установит: | А) экскреторная урография  Б) компьютерная томография  В) почечная ангиография  Г) биопсия почки  Д) радиоизотопное исследование в динамике\* |
| 7. Рефлюксирующий мегауретер может быть выявлен при: | А) цистоскопии  Б) антеградной урографии  В) микционной цистографии\*  Г) урофлоуметрии  Д) цистометрии |
| 8. Наиболее частой причиной недержания мочи является мочевой пузырь: | А) гиперрефлекторный адаптированный  Б) гипорефлекторный неадаптированный  В) гиперрефлекторный неадаптированный\*  Г) гипорефлекторный адаптированный |
| 9. Для цистографии используют: | А) сергозин  Б) сульфат бария  В) верографин\*  Г) сульфат натрия  Д) тиосульфат натрия |
| 10. ПМР I I степени характеризуется: | А) забросом контрастного вещества в дистальный отдел мочеточника, диаметр которого не изменен  Б)умеренным расширением мочеточника и лоханки, сглаженностью форникального аппарата  В) контрастное вещество заполняет рентгенологически не измененную лоханку\*  Г) можно считать рефлексирующим мегауретером  Д) выраженное расширение коллекторных систем почки, извитой и расширенный мочеточник |
| 11. ПМР IV степени характеризуется: | А) забросом контрастного вещества в дистальный отдел мочеточника, диаметр которого н изменен  Б)умеренным расширением мочеточника и лоханки, сглаженностью форникального аппарата  В) контрастное вещество заполняет рентгенологически не измененную лоханку  Г) можно считать рефлексирующим мегауретером  Д) выраженное расширение коллекторных систем почки, извитой и расширенный мочеточник\* |
| В следующих заданиях выберите **ВСЕ** правильные ответы: | |
| 12. Больному с жалобами на недержание мочи необходимо выполнить: | А)снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника\*  Б) экскреторную урографию  В)регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий\*  Г) общий анализ мочи\*  Д) УЗИ почек\* |
| 13. Причиной возникновения рефлексирующего мегауретера являются: | А) незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника\*  Б) стеноз устья мочеточника  В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс\*  Г) короткий интрамуральный отдел мочеточника\*  Д) дистопия устья мочеточника\* |
| 14. Для оценки состояния нижних мочевых путей у детей необходимо выполнить: | А) урофлоуметрию\*  Б) экскреторную урографию  В) цистографию  Г) цистометрию\* |
| 15. При цистите обязательными методами исследования у детей являются | А) УЗИ\*  Б) экскреторная урография  В) урофлоуметрия  Г) радиоизотопное исследование  Д) цистография  Е) цистоскопия\* |
| 16. При пиелонефрите обязательными методами исследования у детей являются | А) УЗИ\*  Б) экскреторная урография\*  В) урофлоуметрия  Г) радиоизотопное исследование\*  Д) цистография\*  Е) цистоскопия |
| 17. Для пузырно-мочеточникового рефлюкса верны следующие утверждения: | А) ПМР у детей не имеет характерной клинической картины\*  Б) обычно ПМР проявляется симптомами пиелонефрита\*  В) УЗИ с допплерографией дают достоверную информацию при диагностике ПМР  Г) рецидивирующий пиелонефрит требует исключения обструктивной уропатии\*  Д) ПМР часто сочетается с циститом или дисфункцией мочевого пузыря\* |
| 18.Консервативное лечение ПМР заключается в: | А) назначении спазмолитиков  Б) лечении пиелонефрита\*  В) повышении тонуса мочевого пузыря  Г) лечении сопутствующего цистита\*  Д) устранении нарушений уродинамики нижних мочевых путей\* |
| 19.Назовите 2 основных хирургических метода коррекции ПМР: | А) эндоколлагенопластика\*  Б) трансплантация почки  В) антирефлюксные операции\*  Г) нефрэктомия |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).
2. Причины пузырно-мочеточникового рефлюкса
3. Классификация ПМР.
4. Клиника ПМР.
5. Что такое интраренальный рефлюкс?
6. Диагностика ПМР.
7. Что такое рефлюкс-нефропатия?
8. Методы лечения: консервативные, оперативные.
9. Недержание мочи, причины.
10. Нейрогенные причины недержания мочи.
11. Ненейрогенные причины недержания мочи.
12. Диагностика.
13. Лечение.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Врач педиатрического стационара при обследовании девочки 12 лет, длительно страдающей пиелонефритом, обнаружил у нее артериальную гипертензию.

Укажите возможную причину гипертонии у больной и исследования, с помощью которых удается установить истинную причину заболевания у данных больных?

1. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
2. У ребенка 6 лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры тела до 38оС. В анализах мочи лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое исследование не проводилось.

Ваш предварительный диагноз? План обследования? Методы диагностики? Лечебная тактика? Ваша оценка тактики педиатра.

1. Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. Мальчик 12,5 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания. Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV-V ст. мегауретер. По поводу этого проведена антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи — нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови — периодическое повышение уровня мочевины и креатинина. УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка — 82×40 мм, паренхима — 10 мм. Левая почка — 96×48 мм, паренхима — 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. Проводя цистографию 6-месячному мальчику, страдающему хроническим пиелонефритом, вы обнаружили расширенные извитые мочеточники и увеличенные лоханки с двух сторон. Каков ваш предварительный диагноз? План дальнейшего обследования и лечения?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных КТ.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 6. Доброкачественные и злокачественные опухоли костей.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: | А) мезенхимальное\*  Б) эпителиальное |
| 2. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при: | А) саркомах\*  Б) эпителиальных типах рака |
| 3. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: | А) рентгенографию  Б) УЗИ  В) исследование онкомаркеров  Г) комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография)  Д) морфологическое исследование ткани опухоли\* |
| 8. Прогноз лучше при саркоме Юинга при поражении | А) длинной трубчатой кости\*  Б) костей таза |
| 5.Понятие остеомы - это: | А)порок развития, связанный с нарушением процессов оссификации  Б) доброкачественная первичная опухоль скелета\*  В) злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль  Г) порок развития костной ткани  Д) атипичная форма остеомиелита |
| 6.К наиболее характерным симптомам остеоид- остеомы относится: | А) ноющие ночные боли, усиливающиеся с течением болезни, болезненная припухлость в области очага поражения\*  Б) укорочение конечности, боли при физической нагрузке  В) резкие пульсирующие боли, отек больной конечности  Г) выпот в области пораженного сустава, контрактура, боли только при движении  Д) протекает безсимптомно, выявляется при обследовании случайно |
| 7.Наиболее типичным проявлением остеомы является: | А) плотное, неподвижное образование, растёт в любом направлении\*  Б) протекает безсимптомно, выявляется при обследовании случайно  В) ухудшнгие общего самочувствия, резкие боли в пораженной конечности  Г) располагается вблизи ростковых зон, растет в направлении диафиза  Д) укорочение конечности, боли при физической нагрузке |
| 8. «Остеоид-остеома» - это: | А) доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения\*  Б) злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения  В) нарушение процесса оссификации кости  Г) порок развития костной ткани  Д) атипичная форма остеомиелита |
| 1. Лечение остеомы: | А) химиотерапия  Б) оперативное\*  В) наблюдение и операция при быстром росте  Г) наблюдение (самовыздоровление с возрастом)  Д) рентгенотерапия с последующим оперативным лечением |
| 10.Рентгенологическая картина при остеоид-остеоме: | А) дефект в кортикальном отделе метафизарной части кости  Б) бокаловидное утолщение метафиза, остеопороз  В) очаг шаровидной формы без зоны склероза, «луковичный» периостит  Г) гнездо с крошечными»секвестрами», окруженное зоной склероза\*  Д) очаговый остеопороз, линейный периостит |
| 11.Типичная локализация опухоли Юинга | А) кости черепа  Б) лопатка, ключица  В) диафиз\*  Г) метафиз  Д) кости черепаэпифиз |
| 12. Наиболее частая локализация остеоид-остеомы: | А) бедренная, большеберцовая, плечевая кости\*  Б) лопатка, ключица  В) позвонки, кости таза  Г) кости стопы  Д) кости черепа |
| 13. Типичная локализация остеогенной саркомы: | А) верхняя треть бедра, нижняя треть голени  Б) нижняя треть бедра, верхняя треть голени\*  В) позвоночник  Г) кости таза  Д) кости предплечья и кисти |
| В следующих заданиях выберите **все** правильные ответы: | |
| 14. Для детского возраста характерны: | А) рак желудка  Б) лейкоз\*  В) рак поджелудочной железы  Г) нефробластома (опухоль Вильмса)\*  Д) саркома Юинга\* |
| 15.Клиническая картина остеогенной саркомы в начале заболевания: | А) боли в покое\*  Б) боль при движении, хромота  В) припухлость\*  Г) повышение температуры тела  Д) болевая контрактура\* |
| 16.Клиническая картина при саркоме Юинга: | А) резкие постоянные боли в покое  Б) боли непостоянного характера, припухлость\*  В) гиперемия кожи над опухолью\*  Г) жалоб нет, случайная находка на рентгенограмме  Д) укорочение конечности |
| 17. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме | А) литическая деструкция\*  Б) бластическая деструкция\*  В) смешанная деструкция\*  Г) однослойный периостальный козырек\*  Д) симптом «луковичной кожуры»  Е) наличие мягкотканного компонента\* |
| 18. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга | А) литическая деструкция\*  Б) бластическая деструкция  В) смешанная деструкция  Г) однослойный периостальный козырек  Д) симптом «луковичной кожуры»\*  Е) наличие мягкотканного компонента\* |
| В следующих заданиях установите **соответствие**: | |
| 19. Нозологические группы:  1. Нефробластома, нейробластома.  2. Остеогенная саркома.  Возраст:  А) 0 – 4 года  Б) 6 – 7 лет  В) подростковый | Ответы:  1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20. Вид опухоли:  1. Остеогенная саркома  2. Саркома Юинга  Локализация:  А) диафизы длинных трубчатых костей  Б) эпифизы длинных трубчатых костей  В) крупные суставы  Г) метафизы длинных трубчатых костей  Д) мелкие суставы | Ответы:  1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности детской онкологии, классификация доброкачественных опухолей.
2. Доброкачественные опухоли костей.
3. Остеома. Клиника, диагностика, лечение.
4. Остеоид-остеома. Клиника, диагностика, лечение.
5. Экзостозная хондродисплазия. Дифференциальная диагностика.
6. Злокачественные опухоли костей.
7. Остеогенная саркома: клиника, диагностика.
8. Дифференциальная диагностика остеогенной саркомы.
9. Саркома Юинга: понятие, локализация, особенности клинического течения.
10. Диагностика саркомы Юинга.
11. Принципы лечения злокачественных опухолей костей у детей, результаты.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечены дефигурация конечности: отек с/3 правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии выявлен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков по длине и ширине. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе бедренной кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз и составьте план обследования данной больной.

1. К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенное нарастание болей в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение месяца. При осмотре в дистальном отделе бедра выявлено опухолевидное образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли на 3 см больше левого. Температура тела нормальная. В анализе крови: Hb – 96 г/л; лейкоциты – 6,5х109/л; СОЭ – 56 мм/час.

Сформулируйте предположительный диагноз и составьте план обследования данной больной.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов клинического обследования больных с новообразованиями костей, а также данных УЗИ, рентгенографии и КТ пораженных конечностей, внутренних органов и грудной клетки.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 7. Опухоли забрюшинного пространства: нефробластома, нейробластома, феохромоцитома.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Важным диагностическим тестом для нейробластомы является определение: | А) суточного диуреза  Б) протеинурии  В) общего биллирубина  Г) суточной экскреции с мочой катехоламинов\*  Д) уровня мочевины крови |
| 2. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при: | А) саркомах  Б) эпителиальных типах рака |
| 3. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: | А) рентгенографию  Б) УЗИ  В) исследование онкомаркеров  Г) комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография)  Д) морфологическое исследование ткани опухоли |
| 4. Назовите доброкачественный вариант нейрогенной опухоли: | А) ганглионейробластома  Б) ганглионеврома\*  В) недифференцированная нейробластома  Г) низкодифференцированная нейробластома  Д) высокодифференцированная нейробластома |
| 5. Основной метод лечения феохромоцитомы надпочечников: | А) химиотерапия  Б) оперативное лечение (адреналэктомия)  В) лучевая терапия  Г) адреналэктомия с предоперационной медикаментозной подготовкой\*  Д) лучевая терапия + оперативное лечение |
| 6. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: | А) мезенхимальное\*  Б) эпителиальное |
| 7. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: | А) сразу после рождения  Б) после 1 года  В) до 3-х месяцев  Г) после 3-х лет  Д) с 3 до 6 месяцев |
| В следующих заданиях выберите **все** правильные ответы: | |
| 8.Выберите врожденные опухоли: | А) лимфогрануломатоз  Б) тератобластома\*  В) нефробластома\*  Г) осьеогенная саркома  Д) нейробластома |
| 9. Укажите признаки, характерные для нефробластомы: | А) синдром малых признаков  Б) макрогематурия  В) увеличение живота\*  Г) манифестация опухоли в 9 – 12 лет  Д манифестация опухоли в 0 – 4 года\* |
| 10. Для детского возраста характерны: | А) рак желудка  Б) лейкоз  В) рак поджелудочной железы  Г) нефробластома (опухоль Вильмса)  Д) саркома Юинга |
| 11. Назовите источники роста нейрогенных опухолей: | А) симпатические ганглии\*  Б) белое вещество головного мозга  В) периферические лимфоузлы  Г) мозговое вещество надпочечников\*  Д) оболочки периферических нервов |
| 12. Из нейрогенных опухолей злокачественными являются | А) нейробластома\*  Б) ганглионеврома  В) симпатогониома\*  Г) ганглионейробластома\* |
| 13. Хирургическому удалению подлежат: | А) лимфангиомы\*  Б) лимфогрануломатоз  В) нефробластома\*  Г) лимфосаркома  Д) гепатобластома\* |
| 14. Для нейробластомы характерна локализация: | А) переднее средостенье  Б) забрюшинное пространство\*  В) малый таз\*  Г) брюшная полость  Д) заднее средостенье\* |
| 15. Гематогенные метастазы при нефробластоме развиваются чаще всего в: | А) костях  Б) лёгких\*  В) печени\*  Г) головном мозге  Д) в контрлатеральной почке |
| 16. Дифференциальную диагностику нефробластом в ранней стадии проводят с: | А) нейробластомой\*  Б) гидронефрозом\*  В) поликистозом почек\*  Г) тератобластомой крестцово-копчиковой области  Д) внутрибрюшинными опухолями\* |
| 17. Перечислите клинические эффекты экскретируемых гормонов при нейробластоме | А) кризы повышения АД\*  Б) повышенная потливость\*  В) полиурия  Г) мраморность кожи\*  Д) хронические запоры |
| 18. Перечислите признаки нефробластомы при экскреторной урографии: | А) деформация чашечно-лоханочной системы\*  Б) уретерогидронефроз  В) задержка эвакуации контрастного вещества\*  Г) немая почка\*  Д) смещение нормальной почки вниз и кнеаружи |
| 19. Современное комплексное лечение нейробластомы включает: | А) только хирургическое удаление опухоли  Б) неоадьювантную химиотерапию, лучевую терапию опухоли и метастазов  В) неоадьювантную химиотерапию, хирургическое удаление опухоли, лучевую терапию опухоли и метастазов\*  Г) химиотерапия с оперативным вмешательством (при ранних стадиях)\* |
| В следующих заданиях установите **соответствие**: | |
| 20. Нозологические группы:  1. Нефробластома, нейробластома.  2. Остеогенная саркома.  Возраст:  А) 0 – 4 года  Б) 6 – 7 лет  В) подростковый | Ответы:  1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Вопросы для устного опроса**

1. Нефробластома (опухоль Вильмса): происхождение, классификация, клиника, пути метастазирования.
2. Дифференциальная диагностика опухоли Вильмса.
3. Нейробластома у детей: происхождение, локализация, клиника, диагностика.
4. Принципы лечения нефробластомы и нейробластомы, результаты.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В отделение областной детской больницы поступил ребенок 5 месяцев, у которого случайной находкой при УЗИ стала опухоль левой почки. Составьте план стационарного обследования данного больного? Лечебная тактика?
2. Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в верхних отделах заднего средостенья справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника. Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.
3. На прием к участковому педиатру пришли родители с ребенком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребенок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном обследовании грубой патологии врач не выявил. Ребенок обследован в тот же день в условиях поликлиники. При рентгенографии органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого легкого определяются три тени округлой формы с четкими контурами, диаметром 1 – 1,5 см. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции левого надпочечника обнаружено объёмное образование размером 3 х 4 см, бугристое, с плотными включениями.

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации? Каковы дальнейшие действия педиатра?

1. На приеме у участкового врача мать ребенка 8 месяцев заявила, что она во время купания определила у своей девочки необычное образование в правой половине живота. При осмотре врачом ребенок сильно беспокоился, определить какое-либо образование не удалось. Предположив, что мать, вероятно, прощупала у ребенка край печени, врач успокоила ее и отпустила домой. Как вы оцените тактику участкового педиатра?
2. При очередном осмотре педиатр у 7-месячного ребенка вывил недостаточную прибавку массы тела, сниженный аппетит. Нижняя апертура грудной клетки развернута, больше слева. При пальпации живота отмечено образование, плотное, не смещаемое, с ровными контурами. Родители ребенка сообщили, что за последние 2-3 недели у ребенка периодически возникает повышение температуры до 37,5оС, повышенная потливость, ребенок станловится раздражительным, бывает разжиженный стул. АД – 110/75 мм рт. ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования.

1. В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечены дефигурация конечности: отек с/3 правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии выявлен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков по длине и ширине. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе бедренной кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз и составьте план обследования данной больной.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования органов грудной клетки, экскреторной урографии и данных КТ, составлении плана обследования детей с подозрением на злокачественные опухоли, а также плана комплексной терапии.

**Модуль 4. Особенности детской урологии и онкологии.**

**Тема 8. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей. Злокачественные опухоли мягких тканей: рабдомиосаркома, меланома, герминома.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

|  |  |
| --- | --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: | |
| 1. Дермоидные кисты лечатся: | А) пункцией  Б) радикальным удалением\*  В) криодеструкцией  Г) гормональной терапией  Д) склерозированием |
| 2. Первые признаки гемангиомм проявляются в виде: | А) небольшого красного пятна\*  Б) обширной опухоли  В) пигментного образования  Д) извитых расширенных сосудов |
| 3. При геманагиомах нередко встречается синдром Казабаха-Меррита, поэтому необходимо исследование: | А) концентрации глюкозы крови  Б) белка крови  В) мочевины  Г) гемоглобина  Д) тромбоцитов\* |
| 4. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы: | А) первое полугодие жизни\*  Б) у взрослых  В) после 1-го года  Г) в 7 – 10 лет  Д) в период полового созревания |
| 5. Излюбленная локализация тератом | А) яичник у девочек  Б) крестцово-копчиковая область\*  В) яички у мальчиков  Г) грудной отдел позвоночника  Д) шейный отдел позвоночника |
| 6. Лимфангиомы лечатся: | А) консервативно (наблюдение)  Б) гормонотерапией  В) хирургически\*  Г) эндоваскулярно  Д) рентгенотерапией |
| 7. Дермоиды чаще всего встречаются в области: | А) грудинно-ключично-сосцевидной мышцы  Б) крестцово-копчиковой  В) височной, надбровной\*  Г) верхней конечности  Д) нижней конечности |
| 8. Тератому крестцово-копчиковой области необходимо дифференцировать с: | А) гемангиомой  Б) опухолью Вильмса  В) спинно-мозговой грыжей\*  Г) лимфангиомой  Д) нейробластомой |
| 9. Спонтанной регрессии могут подвергаться гемангиомы: | А) кавернозные  Б) простые\*  В) смешанные  Г) комбинированные |
| 10. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: | А) сразу после рождения  Б) после 1 года  В) до 3-х месяцев\*  Г) после 3-х лет  Д) с 3 до 6 месяцев |
| 11. Тератома крестцово-копчиковой области лечится: | А) консервативно (наблюдение)  Б) гормонотерапией  В) хирургически\*  Г) эндоваскулярно  Д) рентгенотерапией |
| В следующих заданиях выберите **все** правильные ответы: | |
| 12. Ребенок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования: | А) УЗИ почек и мочевого пузыря\*  Б) пневмоирригографию  В) УЗИ образования\*  Г) рентгенографию костей черепа  Д) пальцевого ректального исследования\* |
| 13. Гемангиомы бывают: | А) простые\*  Б) кавернозные\*  В) кистозные  Г) комбинированные  Д) смешанные |
| 14. Лимфангиомы делятся на: | А) простые\*  Б) комбинированные  В) кавернозные\*  Г) кистозные\*  Д) смешанные |
| 15. Дифференциальную диагностику лимфангиом проводят с: | А) врожденными кистами шеи\*  Б) липомами\*  В) спинно-мозговыми грыжами\*  Г) пигментными невусами  Д) дермоидами\* |
| 16. Методы выбора при лечении гемангиом: | А) полихимиотерапия  Б) криогенное воздействие\*  В) эндоваскулярная хирургия\*  Г) лучевая терапия +операция  Д) хирургическое удаление\* |
| 17. Хирургическому удалению подлежат: | А) лимфангиомы  Б) лимфогрануломатоз  В) нефробластома  Г) тератома  Д) гепатобластома |
| 18. Для нейробластомы характерна локализация: | А) переднее средостенье  Б) забрюшинное пространство  В) малый таз  Г) брюшная полость  Д) заднее средостенье |
| 19. Чаще лимфангиома локализуется в области: | А) ягодиц  Б) головы  В) подмышечной впадины\*  Г) подчелюстной\*  Д) средостенья |
| 20. Тератомы по строению различают: | А) кистозные\*  Б) кавернозные  В) солидные\*  Г) кистозно-солидные\*  Д) простые |

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности детской онкологии, классификация доброкачественных опухолей.
2. Доброкачественные опухоли мягких тканей.
3. Гемангиомы: классификация, диагностика, методы лечения.
4. Лимфангиомы: классификация, локализация, дифференциальная диагностика, методы лечения.
5. Д
6. Тератома крестцово-копчиковой области – эмбриогенез.
7. Классификация ККТ, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Злокачественные опухоли мягких тканей.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У ребенка, рожденного с массой тела 3220 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребенка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальное отверстие смещено опухолью кпереди. Меконий отошел, ребенок мочился. Ваш предположительный диагноз? План обследования и тактика лечения?
2. У ребенка в родильном доме на передней брюшной стенке обнаружено образование красного цвета размерами 2 х 2 см, немного возвышающееся над поверхностью кожи. При надавливании образование бледнеет, затем восстанавливает первоначальный вид. Предварительный диагноз? Тактика?
3. Ребенок поступил в клинику в возрасте 6 месяцев с обширной ангиомой околоушной области. Есть элементы изъязвления. Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. У новорожденной девочки родители заметили на передне-боковой поверхности шеи припухлость веретенообразной формы. Пальпация безболезненна. Каких-либо признаков воспаления в этой области нет, кожа над припухлостью не изменена.

Выскажите свои предположения о возможном диагнозе? Предложите рациональную лечебную тактику.

1. Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в верхних отделах заднего средостенья справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника. Каков предположительный диагноз? Составьте план обследования данного больного. Какова должна быть тактика хирурга?
2. У ребенка 3-х месяцев на боковой поверхности живота обнаружено опухолевидное образование размером 3 х 3 см, располагающееся в подкожной клетчатке и имеющее дольчатое строение. Кожа над ним не изменена, но через кожу просвечивается конгломерат синеватого цвета. Какой-либо пульсации над опухолью не определяется, но кожа на ощупь несколько теплее окружающих тканей. При надавливании опухоль несколько уменьшается, но затем восстанавливает свои размеры. Предположительный диагноз? Тактика педиатра и детского хирурга?
3. У 9-месячного ребенка в области наружного угла глаза под кожей определяется плотное округлое безболезненное образование размером 0,6 х 0,6 см. Впервые данное образование было обнаружено в возрасте 3-х месяцев, медленно растет.

Каковы ваши предварительный диагноз и врачебная тактика?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков по данной теме заключается в оценке результатов рентгенологического обследования органов грудной клетки, экскреторной урографии и данных КТ, составлении плана обследования детей с подозрением на злокачественные опухоли, а также плана комплексной терапии.

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 2. Особенности переломов костей у детей. Родовые повреждения. Диагностика, лечение.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Поднадкостничный перелом – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков\*  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | |
| 2. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает: | А) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  В) вытяжение по Шеде\*  Г) вытяжение по Блаунту  Д) лечения не требуется | |
| 3. Перелом по типу «зеленой веточки» – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя\*  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | |
| 4. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе ключицы со смещением отломков включает: | А) лечения не требует  Б) лейкопластырное вытяжение  В) гипсовая повязка  Г) повязка Дезо\*  Д) торакобрахиальная гипсовая повязка с отведением плеча | |
| 5. Только в детском возрасте встречаются переломы длинных трубчатых костей | | А) поднадкостничный перелом  Б) эпифизеолиз  В) перелом по типу «зеленой веточки»  Г) все ответы правильные\*  Д) правильные ответы А и В |
| 6. Аналогом детского дистального эпифезиолиза лучевой кости у взрослых является | | А) перелом луча в типичном месте\*  Б) вколоченный перелом  В) повреждение Монтеджа  Г) повреждение Галеацци  Д) отрыв шиловидного отростка |
| 7. 03Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости\*  Б) эпифизеолиз костей предплечья  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 8. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает | | А) бытовой\*  Б) уличный  В) школьный  Г) спортивный  Д) прочий |
| 9. Эпифизеолиз – это | | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща\*  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом |
| 10.Оптимальный вариант лечения при родовом переломе плечевой кости со смещением отломков является | | А) открытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментная закрытая репозиция с гипсовой иммобилизацией  В) лейкопластырное вытяжение по шеде  Г) повязка Дезо  Д) открытая репозиция, остеосинтез |
| 11. Для поднадкостничного перелома лучевой кости характерно | | А) боль в нижней трети предплечья\*  Б) патологическая подвижность  В) нарушение функции  Г) деформация предплечья  Д) отсутствие пульса на лучевой артерии |
| 12. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте | | А) повреждения\*  Б) ожоги  В) инородные тела  Г) отравления  Д) огнестрельные повреждения |
| 13. Для иммобилизации «свежих» переломов длинных трубчатых костей у детей применяют всё, **кроме** | | А) гипсовой лонгеты с фиксацией двух соседних суставов  Б) циркулярной гипсовой повязки\*  В) повязки Дезо  Г) лейкопластырного вытяжения  Д) скелетного вытяжения |
| 14. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является | | А) проксимальный эпифиз плечевой кости  Б) дистальный эпифиз плечевой кости \*  В) проксимальный эпифиз бедренной кости  Г) дистальный эпифиз бедренной кости  Д) проксимальный эпифиз большеберцовой кости |
| 15. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелои ключицы без существенного смещения отломков, является | | А) гематома в области плечевого сустава  Б) крепитация костных отломков  В) гемипарез верхней конечности  Г) реакция на болевое ощущение при пеленании\*  Д) признаки нарушения кровообращения в конечности |
| 16. **06**Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости  Б) эпифизеолиз лучевой кости\*  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 17. **05**Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости\*  Б) эпифизеолиз лучевой костия  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 18. Примерный срок иммобилизации при переломе ключицы у новорожденного составляет | | А) 2 недели  Б) 1 месяц  В) 7 дней\*  Г) 3 недели |
| 19. Примерный срок иммобилизации при переломе бедренной кости у новорожденного составляет | | А) 2 недели\*  Б) 1 месяц  В) 7 дней  Г) 3 недели |
| 20. Примерный срок иммобилизации при переломе плечевой кости у новорожденного составляет | | А) 2 недели  Б) 1 месяц  В) 10 дней\*  Г) 3 недели |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие детского травматизма. Классификация. Связь травматизма с возрастом ребенка.
2. Анатомо-физиологические и рентгенологические особенности строения костей у детей. Время появления точек окостенения в эпифизах и апофизах.
3. Типичные повреждения костей у детей: перелом свода черепа по типу «целулоидного шарика», поднадкостничные переломы, переломы по типу «зеленой ветки» или «ивового прута», эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы, апофизеолизы.
4. Особенности клиники и диагностики различных типов переломов.
5. Роль рентгенологического исследования в диагностике переломов костей у детей.
6. Особенности лечения переломов костей у детей. Консервативные методы лечения. Иммобилизация, ее виды. Показания к оперативному лечению.
7. Родовые повреждения: кефалгематома, родовые переломы ключицы, плечевой и бедренной костей, клиника, диагностика.
8. Лечение родовых переломов костей. Особенности иммобилизации.
9. Допустимые смещения костных отломков. Осложнения переломов костей у детей.
10. Профилактика детского травматизма.
11. Патологические переломы костей у детей: причины, диагностика, методы лечения.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Во время оказания акушерского пособия в родах новорожденный получил травму правой ручки. При осмотре в клинике: правая ручка неподвижно лежит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные - в плечевом и локтевом суставах вызывают резкое беспокойство. В средней трети правого плеча видна угловая деформация. Предварительный диагноз, дополнительные методы обследования? Лечебная тактика?
2. У новорожденного, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное положение с отведением правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечены угловая деформация и патологическая подвижность. Ваш предварительный диагноз, первая помощь? Тактика врача родильного дома? Дальнейшее обследование и лечение?
3. У новорожденного в области левой теменной кости имеется тестоватая опухоль, не выходящая за пределы указанной кости. Ребенок ведет себя спокойно, температура тела нормальная, кожа над образованием не гиперемирована. Диагноз, тактика.
4. У новорожденного с первых минут после рождения отмечается вынужденное положение правой ручки: она неподвижно лежит вдоль туловища. При пеленании – выраженное беспокойство ребенка. Предположительный диагноз? Дополнительное обследование? Тактика педиатра родильного дома.
5. Ребенок 5 лет упал с опорой на разогнутую и приведенную руку, после чего почувствовал боль в области лучезапястного сустава. Хирург ЦРБ осмотрел ребенка, выявил локальную болезненность в нижней трети предплечья без деформации конечности, крепитации и патологической подвижности. Рентгенологического исследования не проводилось. Поставив диагноз ушиба лучезапястного сустава, врач наложил тугую повязку, рекомендовал покой, холод на место ушиба, в дальнейшем – согревающие компрессы. Какую ошибку допустил принимающий врач? Какое обследование необходимо ребенку? Предположительный диагноз и тактика?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов описать рентгенограмму повреждения костей детского возраста. Представлены рентгенограммы:

* родовой перелом ключицы
* родовой перелом плечевой кости
* родовой перелом бедренной кости
* перелом свода черепа по типу «целлулоидного шарика
* перелом по типу «зеленой веточки»
* поднадкостничный перелом
* эпифизеолиз
* остеоэпифизеолиз
* апофизеолиз
* патологический перелом при остеомиелите
* патологический перелом при опухоли кости
* патологический перелом при мраморной болезни
* патологический перелом при костной кисте

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 3. Переломы верхних конечностей: ключицы, плечевой кости, костей предплечья, кисти и пальцев.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Наиболее часто перелом ключицы локализуется | А) в зоне клювовидного отростка Б) на границе средней и медиальной трети ключицы  В) в средней трети\*  Г) на границе средней и латеральной трети ключицы  Д) у стернального конца ключицы | |
| 2. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является | А) повязка Дезо\*  Б) торакобрахиальная повязка  В) костыльно-гипсовая повязка  Г) 8-образная повязка  Д) остеосинтез спицей Киршнера | |
| 3. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают | А) при метафизрных переломах плечевой кости  Б) при метадиафизрных переломах плечевой кости  В) при диафизрных переломах плечевой кости  Г) при внутрисуставных переломах плечевой кости  Д) оперативное лечение противопоказано | |
| 4. Для постановке правильного диагноза при вывихе плечевой кости оптимальным обследованием является | А) клиничнеское + рентгенография\*  Б) рентгенография + УЗИ  В) УЗИ + артроскопия  Г) КТ + радиоизотопное исследование  Д) артропневмография | |
| 5. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения | | А) смещения по ширине  Б) ротационного смещения\*  В) углового смещения  Г) смещения по длине  Д) смещения по длине и ширине |
| 6. При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости у ребенка 12 – 14 лет наиболее предпочтительна фиксация | | А) одной спицей  Б) шило-шурупом\*  В) двумя спицами  Г) костным швом  Д) трехлопастным гвоздем |
| 7. Переломо-вывих Галеацци - это | | А) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети – на другой  Б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка  В) перелом луча в нижней трети и вывих головки лучевой кости на одноименной руке\*  Г) вывих лучевой кости и перелом её в средней трети  Д) вывих головки луча и перелом локтевой кости в нижней трети |
| 9. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или ногтевой фаланги будет | | А) положение максимального сгибания  Б) положение максимального разгибания  В) среднефизиологическое положение\*  Г) положение «писчего пера»  Д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом в 90о |
| 10. Абсолютным показанием к оперативному лечению перелома костей предплечья являются | | А) перелом лучевой кости в с/3 с полным смещением  Б) перелом локтевой кости в с/3 с полным смещением  В) перелом обеих костей предплечья в с/3 с полным смещением  Г) перелом обеих костей предплечья на разных уровнях  Д) прелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения\* |
| 11. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится | | А) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов  Б) гипсовой лонгетой от лучезапястного сустава до средней трети плеча  В) гипсовой лонгетой от лучезапястного сустава до локтевого сустава  Г) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча\*  Д) циркулярной гипсовой повязкой от циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов до локтевого суставов |

**Вопросы для устного опроса**

1. Перелом ключицы у детей. Механизм травмы.
2. Клиника, диагностика и лечение перелома ключицы.
3. Переломы плечевой кости, классификация.
4. Клиника, диагностика и лечение переломов шейки плечевой кости.
5. Клиника, диагностика и лечение переломов диафиза плечевой кости.
6. Надмыщелковые переломы.
7. Переломы костей предплечья.
8. Переломы головки и шейки лучевой кости. Клиника, диагностика и лечение.
9. Перелом локтевого отростка.
10. Переломы диафизов костей предплечья. Клиника, диагностика и лечение.
11. Эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы лучевой кости.
12. Переломы костей кисти и пальцев. Клиника, диагностика и лечение.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Ребенок З. 13 лет во время тренировки получил травму. Жалобы на боли в области левого надплечья. Отмечается ограничение функции левой верхней конечности. В области левой ключицы целостность кожных покровов не нарушена, гематома, припухлость, пальпация болезненна. Произведена рентгенография левой ключицы в прямой проекции. Проведите анализ представленных рентгенограмм, дайте заключение. Поставьте клинический диагноз и назначьте лечение.

2. Ребенок 10 лет поскользнулся и упал с опорой на левую вытянутую и отведенную руку. Почувствовал резкую боль в области левого лучезапястного сустава и увидел деформацию своей руки в нижней трети предплечья. Прохожие вызвали скорую помощь, врачом которой ребенок был доставлен в детскую хирургическую клинику. При поступлении: левая рука в транспортной шине Крамера от кисти до в/3 плеча. При осторожном снятии одежды видно, что имеется штыковидная деформация левого предплечья в н/3, активные движения отсутствуют, пассивные – резко болезненны. На выполненной рентгенограмме следующая картина.

****

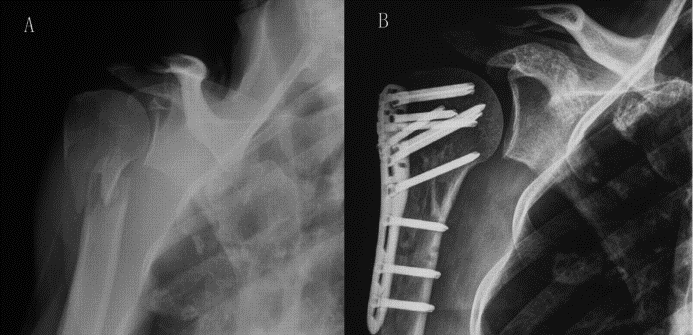
Ваш диагноз? Лечебная тактика? Техника репозиции денного перелома, иммобилизация, её сроки.

1. Мальчик 7 лет, играя на даче, упал с дерева с высоты около 1,5 метров на правую руку. Почувствовал резкую боль в с/3 предплечья и увидел деформацию руки в этом месте. Родители прибинтовали предплечье к дощечке и доставили больного ребенка в детский травмпункт к дежурному врачу. При обращении: жалобы на боли и деформацию правого предплечья, невозможность движений в данной руке. Объективно: правое предплечье деформировано под углом, укорочено. Пальпация в с/3 резко болезненна, имеется патологическая подвижность. Дежурный врач сделал рентгенограмму правого предплечья с захватом локтевого и лучезапястного суставов.



Поставьте клинический диагноз. Выберите дальнейшую тактику лечения данного больного с учетом возможных осложнений.

1. Двенадцатилетний мальчик, играя в футбол в летнем лагере, в один из моментов ударился областью правого плечевого сустава о штангу ворот. Сразу почувствовал резкую боль и правая рука повисла вдоль туловища. Появилась деформация в верхней трети плеча, припухлость, поднять и отвести руку не мог. Врач лагеря прибинтовал правую руку к туловищу и отвез ребенка в детскую хирургическую клинику.

При осмотре: правый плечевой сустав деформирован, увеличен в объеме, активные движения в правой руке отсутствуют, пассивные – резко болезненны. В подмышечной впадине пальпируется верхний край костного отломка. На ренгенограмме правого плечевого сустава следующая картина.

Поставьте диагноз? Выберите тактику лечения данного больного с характеристикой каждого этапа врачебного действия.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов описать рентгенограмму повреждения костей детского возраста. Представлены рентгенограммы:

1. Переломы ключицы.
2. Переломы плечевой кости (шейки).
3. Переломы диафиза плечевой кости.
4. Надмыщелковые переломы.
5. Переломы костей предплечья.
6. Переломы кисти и пальцев.

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 4. Повреждения в области локтевого сустава. Вывихи у детей. Подвывих головки лучевой кости.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно | А) деформация локтевого сустава Б) крепитация отломков  В) резко болезненное ротационное движение предплечья\*  Г) в анамнезе – падение на вытянутую руку  Д) возраст ребенка до 1 года | |
| 2. Механизм возникновения подвывиха головки лучевой кости | А) падение на вытянутую руку  Б) падение на согнутую в локтевом суставе руку  В) тракция за руку\*  Г) резкое сгибание предплечья в локтевой суставе  Д) резкое разгибание предплечья | |
| 3. Позволяет диагностировать на рентгенограмме вывих головки лучевой кости при повреждении | А) линия Смита\*  Б) линия Маркса  В) линия Омбредана  Г) линия Келлера  Д) признак Маркса-Ортолани | |
| 4. При закрытой ручной репозиции переломо-вывиха Монтеджа до иммобилизации следует | А) вправление головки лучевой кости, затем репозиция перелома локтевой кости\*  Б) достаточно репозиции локтевой кости  В) достаточно вправить головку леча  Г) репозиция локтевой кости, затем вправление вывиха головки луча  Д) достаточно согнуть руку в локтевом суставе под прямым углом | |
| 5. Задний вывих костей предплечья возникает | | А) при падении на локоть согнутой руки  Б) при падении на локоть разогнутой руки  В) при падении с упором на ладонную поверхность кисти при не полностью разогнутой руке в локтевом суставе\*  Г) при падении на отведенную руку  Д) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки |
| 6. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\L13.jpgЭто | | А) линия Смита\*  Б) треугольник Гютера  В) признак Маркса  Г) схема Хильгенрайнера  Д) линия Келлера |
| 7. При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает | | А) лучевой нерв  Б) локтевой нерв\*  В) срединный нерв  Г) плечевая артерия  Д) нервы не страдают |
| 8. Вправление «свежего» подвывиха головки лучевой кости проводится | | А) под масочным наркозом  Б) под местной анестезией  В) под эндотрахеальным наркозом  Г) обезболивания не требуется\*  Д) под обезболиванием хлорэтилом |
| 9. Механизм **сгибательного** чрезмыщелкового перелома плечевой кости | | А) падение на приведенную руку  Б) падение на отведенную вытянутую руку  В) тракция по длине  Г) падение на согнутую в локтевом суставе руку\*  Д) резкое сгибание в локтевом суставе |
| 10. Механизм **разгибательного** чрезмыщелкового перелома плечевой кости | | А) падение на приведенную руку  Б) падение на отведенную вытянутую руку\*  В) тракция по длине  Г) падение на согнутую в локтевом суставе руку  Д) резкое сгибание в локтевом суставе |
| 11. Переломо-вывих Монтеджа - это | | А) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой  Б) вывих кисти и перелом костей предплечья в с/3  В) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей предплечья в н/3  Г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости  Д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости\* |
| 12. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\L9.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости\*  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости |
| 13. Это | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости\*  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости |
| 14. Это | | А) линия Смита  Б) треугольник Гютера  В) признак Маркса\*  Г) схема Хильгенрайнера  Д) линия Келлера |
| 15. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\v66.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости\* |
| 16. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_LO\Mv67.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка плечевой кости\*  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости |
| 17. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\L14.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости\*  Д) отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости |
| 18. D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\L13.jpgЭто | | А) чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости  Б) чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости  В) вывих костей предплечья  Г) перелом шейки лучевой кости  Д) Повреждение Монтеджа\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Анатомо-физиологические и рентгенологические особенности строения локтевого сустава у детей. «Слабые» места в локтевом суставе у детей.
2. Механизм переломов дистального конца плечевой кости и проксимальных концов костей предплечья. Эпифизеолизы и апофизеолизы в локтевом суставе.
3. Механизм возникновения вывихов костей предплечья.
4. Повреждение Монтеджа.
5. Подвывих головки лучевой кости у детей. Возрастные особенности. Роль анамнеза в диагностике повреждения. Особенности вправления подвывиха.
6. Классификация переломов дистального конца плечевой кости.
7. Местные симптомы над- и чрезмыщелковых переломов.
8. План обследования больных с повреждениями области локтевого сустава. Особенности диагностики повреждений сосудисто-нервного пучка.
9. Рентгенодиагностика переломов и вывихов в области локтевого сустава, возрастные особенности.
10. Методы лечения: закрытая репозиция, скелетное вытяжение, иммобилизация конечности.
11. Показания к открытой репозиции и методы фиксации костных отломков.
12. Особенности устранения повреждения Монтеджа.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, активные движения невозможны из-за болей. Вы – врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?
2. Ребенок трех лет шел по улице с мамой, споткнулся и стал падать. Мама резко потянула ребенка за руку и удержала его от падения, но в ту же минуту ребенок стал жаловаться на боль в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены, пронация и супинация невозможны из-за болей. Ваш диагноз, лечебная тактика?
3. Ребенок 8 лет лечился в районной больнице по поводу перелома с/3 локтевой кости. Через 3 недели сняли гипсовую повязку и обнаружили, что движений в локтевом суставе нет. Попытки разработать сустав безуспешны. При консультации в травматологическом отделении ЦДХ на контрольной рентгенограмме обнаружено, что перелом локтевой кости консолидирован, но линия Смита в боковой проекции локтевого сустава проецируется выше головчатого возвышения плечевой кости. Какая ошибка при первичном обследовании ребенка была допущена? Причина этой ошибки? Что делать?
4. Мальчик 13 лет, отражая во время игры согнутой в локтевом суставе рукой удар палкой, получил удар в области средней трети предплечья. При осмотре: болезненность в проекции локтевой кости, пальпаторно на границе средней и верхней ее трети определяется уступообразная деформация. Припухлость и локальная болезненность в проекции локтевого сгиба. Активные движения невозможны. Неврологических и сосудистых нарушений в дистальных отделах предплечья и кисти не определяется. Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите план дальнейшего обследования и лечения.
5. При падении на согнутый локоть ребенок почувствовал резкую боль в нижнем отделе правого плеча. Область локтевого сустава увеличена в объеме. Ось плеча внизу отклонена кпереди. На задней поверхности плеча соответственно вершине угла этого искривления прощупывается конец костного отломка. Движения в локтевом суставе резко болезненны. Назовите наиболее вероятный характер повреждения. Как соотносятся между собой в данном случае треугольник Гютера и признак Маркса?
6. Вы, врач детского травмпункта, диагностировали у ребенка 4 лет подвывих головки правой лучевой кости. Ваши дальнейшие действия: вид обезболивания, механизм вправления подвывиха, критерии вправления, иммобилизация.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов описать рентгенограмму повреждения костей, образующих локтевой сустав. Представлены рентгенограммы:

* надмыщелковый перелом дистального конца плечевой кости
* чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости
* чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости
* вывих костей предплечья
* вывих костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка
* эпифизеолиз головки лучевой кости
* перелом шейки лучевой кости
* повреждение Монтеджа
* апофизеолиз внутреннего надмыщелка
* перелом локтевого отростка

Практическая манипуляция: вправление подвывиха головки лучевой кости.

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 5. Переломы нижних конечностей: бедренной кости, костей голени и стопы.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 6. Черепно-мозговая травма у детей. Принципы оперативных вмешательств при черепно-мозговой травме.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы | А) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию\*  Б) потерю сознания через 2 – 3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику  В) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту  Г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой  Д) гемипарез при ясном сознании |
| 2. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является | А) потеря сознания  Б) очаговая неврологическая симптоматика  В) многократная рвота  Г) ото-рино-ликворея\*  Д) кровотечение из уха и носа |
| 3. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс | А) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия  Б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки  В) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности\*  Г) общемозговая симптоматика, повышение температуры  Д) тетраплегия, ясное сознание |
| 234. Это | А) линейный перелом черепа  Б) перелом основания черепа  В) вдавленный перелом черепа\*  Г) перелом черепа по типу «целлулоидного шарика» |
| 5. Это | А) линейный перелом черепа\*  Б) перелом основания черепа  В) вдавленный перелом черепа  Г) перелом черепа по типу «целлулоидного шарика» |
| C:\Users\Слава\Pictures\IMG_5804.JPG6. Это | А) линейный перелом черепа  Б) перелом основания черепа  В) вдавленный перелом черепа  Г) перелом черепа по типу «целлулоидного шарика»\* |
| D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\Nopic3.jpg7. Это | А) выявление ригидности затылочных мышц  Б) координационная проба\*  В) проверка сухожильного рефлекса  Г) определение симптома Бабинского  Д) выявление симптома Кернига |
| D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\Nopic8.jpg8. Это | А) выявление ригидности затылочных мышц  Б) координационная проба  В) проверка сухожильного рефлекса  Г) определение симптома Бабинского  Д) выявление симптома Кернига\* |
| D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\Nopic7.jpg9. Это | А) выявление ригидности затылочных мышц\*  Б) координационная проба  В) проверка сухожильного рефлекса  Г) определение симптома Бабинского  Д) выявление симптома Кернига |
| D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\Nopic6.jpg10. Это | А) выявление ригидности затылочных мышц  Б) координационная проба  В) проверка сухожильного рефлекса  Г) определение симптома Бабинского\*  Д) выявление симптома Кернига |
| D:\UCHEBNIK\G07\PIC_HI\Nopic5.jpg11. Это | А) выявление ригидности затылочных мышц  Б) координационная проба  В) проверка сухожильного рефлекса\*  Г) определение симптома Бабинского  Д) выявление симптома Кернига |
| 12. При эпидуральной гематоме травматическое кровоизлияние располагается между | А) твердой и паутинной мозговыми оболочками  Б) внутренней поверхность кости и твердой мозговой оболочкой\*  В) под паутинной оболочкой |
| 13. При субдуральной гематоме травматическое кровоизлияние располагается между | А) твердой и паутинной мозговыми оболочками\*  Б) внутренней поверхность кости и твердой мозговой оболочкой  В) под паутинной оболочкой |
| 14. При субарахноидальном кровотечении травматическое кровоизлияние располагается между | А) твердой и паутинной мозговыми оболочками  Б) внутренней поверхность кости и твердой мозговой оболочкой  В) под паутинной оболочкой\* |
| Укажите **ВСЕ** правильные ответы | |
| 15.Для сотрясения головного мозга характерны | А) ретроградная амнезия\*  Б) наличие «светлого промежутка»  В) потеря сознания\*  Г) гемипарез или гемиплегия  Д) очаговая неврологическая симптоматика |
| 16. Для ушиба головного мозга характерны | А) ретроградная амнезия\*  Б) наличие «светлого промежутка»  В) потеря сознания\*  Г) гемипарез или гемиплегия\*  Д) очаговая неврологическая симптоматика\* |
| 17.Для эпидуральной гематомы характерны | А) кровотечение по задней стенке глотки  Б) наличие «светлого промежутка»\*  В) симптом «очков»  Г) гемипарез\*  Д) анизокория\* |
| 18.При сотрясении головного мозга у детей показаны | А) наблюдение и лечение амбулаторное  Б) антибактериальная терапия  В) постельный режим\*  Г) дегидратация, седативная терапия\*  Д) гемостатическая терапия |
| 19. Ребенку с черепно-мозговой травмой следует назначить обследование | А) ЭКГ с нагрузкой  Б) рентгенографию черепа\*  В) ЭХО-ЭГ\*  Г) МРТ или КТ\*  Д) каротидную ангиографию |
| 20. Выявление на КТ патологических изменений в полости черепа со сдавлением структур мозга подтверждает диагноз | А) эпидуральной гематомы\*  Б) субдуральной гематомы\*  В) сотрясения головного мозга  Г) перелома основания черепа  Д) опухоли мозга\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Анатомо-физиологические особенности черепа и головного мозга у детей.
2. Классификация черепно-мозговой травмы.
3. Закрытая черепно-мозговая травма.
4. Сотрясение головного мозга: клиника, диагностика, лечение.
5. Контузия головного мозга, классификация по степени тяжести.
6. Общемозговые симптомы.
7. Неврологическое обследование.
8. Инструментальные методы диагностики: краниография, ЭЭГ, КТ, МРТ.
9. Показания к спинномозговой пункции.
10. Оценка спинномозговой пункции.
11. Синдром сдавления головного мозга.
12. Эпидуральная гематома: клиника, диагностика.
13. Субдуральная гематома: клиника, диагностика.
14. Лечение внутричерепных гематом.
15. Перелом свода черепа по типу «целлулоидного шарика».

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Отец, подбрасывая годовалого ребенка, случайно уронил его на пол. Мальчик ударился головой, были кратковременная потеря сознания, задержка дыхания, однократная рвота. Вскоре ребенок уснул. В приемное отделение доставлен родителями на такси. При осмотре в теменной области справа видно вдавление на участке размерами 3х3 см. В неврологическом статусе без особенностей. На краниограммах в прямой и боковой проекциях имеется вдавленный перелом правой теменной кости без повреждения внутренней пластинки на глубину 0,7 см. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
2. Ребенок 8 месяцев упал дома с дивана. Сразу заплакал, была однократная рвота. Спал беспокойно. Ребенок был осмотрен участковым педиатром: состояние средней тяжести, вял, сонлив, негативно реагирует на осмотр. В неврологическом статусе очаговых симптомов не выявлено. Отмечен горизонтальный нистагм при максимальном отведении глазных яблок. Гематомы на голове нет. Предварительный диагноз? Тактика участкового педиатра?
3. Трехлетний ребенок упал с высоты второго этажа. Были кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Доставлен в стационар машиной скорой помощи. Объективно: в левой теменно-височной слева области видна травматическая припухлость. Сознание сохранено. Неврологический статус без отклонения от нормы. Не краниограммах травматических повреждений не выявлено. При динамическом наблюдении через 10 часов после травмы состояние больного ухудшилось: появились беспокойство, светобоязнь, головная боль. Вскоре потерял сознание, возникли клонико-тонические судороги слева и правосторонний парез. Выявлены брадикардия, анизокория (левый зрачок шире правого). Артериальное давление 80/40 мм. рт. ст. Предварительный диагноз? Определите объем исследования? Лечебная тактика?
4. Ребенок 12 лет упал во время перемены, ударился головой, потерял сознание на 2-3 минуты. События, непосредственно предшествующие травме, не помнит. При обследовании - состояние средней тяжести, жалуется на тошноту, головную боль, шум в ушах, головокружение. В теменной области имеется гематома. Кожные покровы слегка бледноваты, АД 120/80 рт. ст., пульс 68 уд. в минуту. Отмечаются горизонтальный и вертикальный нистагм, снижение сухожильных и периостальных рефлексов Ваш диагноз и дальнейшая тактика введения пациента.
5. Молодой человек 17 лет, поступил в приемный покой ночью. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги размозжения в левых лобной и височной долях. Выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

Поставьте предположительный клинический диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Предложите тактику лечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов описать рентгенограмму повреждения костей черепа, обнаружить патологические изменения на компьютерных томограммах. Провести простейшее неврологическое обследование, поставить правильный диагноз и назначить медикаментозное лечение.

Представлены рентгенограммы и компьютерные томограммы:

* перелом теменной кости по типу «целлулоидного шарика»
* линейный перелом свода черепа
* вдавленный перелом черепа
* множественные переломы костей черепа
* КТ субдуральной гематомы
* КТ эпидуральной гематомы
* ЭХО - краниограмма

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 7. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Спинальный шок. Переломы костей таза.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в: | А) шейном отделе  Б) верхне-грудном отделе  В) средне-грудном отделе\*  Г) поясничном отделе  Д) нижне-грудном отделе |
| 2.Перелом грудного отдела позвоночника у детей возникает при падении на: | А) грудь  Б) спину\*  В) ягодицы  Г) ноги  Д) голову |
| 3.Для ротационного подвывиха 1 шейного позвонка (атланта) у детей характерен: | А) наклон головы и поворот её в «здоровую» сторону\*  Б) наклон головы в сторону подвывиха  В) полный объём движений  Г) наклон головы вперёд и ограничение движений  Д) лапароскопия |
| 4.Для разгрузки переднего отдела позвоночника при травме шейного и верхне-грудного отделов используется вытяжение: | А) за подмышечные впадины  Б) с помощью петли Глиссона\*  В) скелетного за теменные бугры  Г) манжеточного за голеностопные суставы  Д) скелетного за дистальные метафизы бедренных костей |
| 5.Для разгрузки переднего отдела позвоночника при травме верхне-грудного и нижне-грудного отделов используется вытяжение: | А) за подмышечные впадины\*  Б) с помощью петли Глиссона  В) скелетного за теменные бугры  Г) манжеточное за голеностопные суставы  Д) скелетного за дистальные метафизы бедренных костей |
| 6. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает: | А) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж)\*  Б) с помощью корсетов  В) одномоментная реклинация + корсет  Г) оперативное лечение  Д) лечения не требует |
| 7. Симптом «прилипшей пятки» характерен для: | А) перелома крыла подвздошной кости  Б) разрыва крестцово-подвздошного сочленения  В) перелома горизонтальной ветви лонной кости\*  Г) отрыва передне-верхней ости  Д) отрыва передне-нижней ости подвздошной кости |
| 8.Вынужденное положение «лягушки» характерно при: | А) переломе обеих лонных и седалищных костей\*  Б) отрыве передне-верхней ости  В) переломе тазового кольца  Г) разрыве крестцово-подвздошного сочленения  Д) переломе крыла подвздошной кости |
| 9. Целостность тазового кольца нарушена при: | А) переломе лонной кости  Б) переломе седалищной кости  В) переломах лонной и седалищной костей на одной стороне \*  Г) краевых переломах подвздошной кости  Д) отрыве бугра седалищной кости |
| 10. Типичными обстоятельствами, при которых у большинства детей происходят множественные и сочетанные повреждения, являются: | А) падения с высоты и огнестрельные ранения  Б) автотравма и падения с высоты\*  В) сигндром опасного обращения с детьми  Г) огнестрельные ранения  Д) рельсовая травма |
| 12. При падении с высоты преобладают: | А) ЧМТ + повреждения конечностей  Б) ЧМТ + повреждения внутренних органов  В) повреждения костей таза и конечностей  Г) повреждения конечностей  Д) ЧМТ + повреждения конечностей, таза и внутренних органов\* |
| 13. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно с | А) рентгенографии брюшной полости  Б) ультразвукового исследования\*  В) лапароцентеза  Г) лапароскопии  Д) внутривенной урографии |
| 14. При политравме, возникающей вследствие ДТП, у детей преобладает: | А) черепно-мозговая травма  Б) ЧМТ + повреждения внутренних органов + нижних конечностей\*  В) повреждения позвоночника и костей таза  Г) повреждения костей таза и верхних конечностей  Д) повреждения костей верхних и нижних конечностей |
| Укажите ВСЕ правильные ответы | |
| 15. Ротационный подвывих атланта сопровождается: | А) болями в шейном отделе, которые усиливаются при наклонах и поворотах\*  Б) потерей сознания  В) невозможностью повернуть голову в одну из сторон\*  Г) снижением зрения\*  Д) неврологической симптоматикой |
| 16. Для диагностики ротационного подвывиха атланта используют: | А) краниограмму в двух проекциях  Б) клинический осмотр\*  В) рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой проекции через открытый рот\*  Г) ультразвуковое исследование  Д) компьютерную томографию\* |
| 17. Лечение ротационного подвывиха атланта у детей заключается: | А) одномоментном вправлении мануальным терапевтом  Б) вытяжением с помощью петли Глиссона  В) первый этап – вправление путеё вытяжения петлёй Глиссона\*  Г) второй этап – ношение мягкого воротника Шанца\*  Д) оперативное лечение |
| 18. Клинические признаки компрессионного перелома грудного отдела позвоночника у детей: | А) боль в области повреждения\*  Б) ограничение подвижности позвоночника\*  В) потеря сознания  Г) затреднение дыхания\*  Д) локальная болезненность при перкуссии |
| 19. Для диагностики компрессионного перелома позвоночника у детей наиболее информативны: | А) рентгенография позвоночника в прямой проекции  Б) компьютерная томография позвоночника\*  В) боковая спондилограмма\*  Г) ультразвуковое исследование  Д) магнитно-резонансная томография |
| 20. Оптимальный объём противошокового комплекса при переломах таза включает: | А) фиксацию на щите в положении «лягушки»\*  Б) внутритазовую новокаиновую блокаду по Школьникову\*  В) внутривенное введение наркотиков  Г) инфузионную терапию\*  Д) введение раствора новокаина в место перелома |

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Основной механизм повреждения позвоночника у детей.
  2. Компрессионные переломы тел позвонков.
  3. Клиническая картина и диагностика.
  4. Лечение компрессионных переломов позвоночника.
  5. Повреждения спинного мозга.
  6. Спинальный шок.
  7. Классификация переломов костей таза.
  8. Изолированные переломы отдельных костей таза.
  9. Переломы с нарушением тазового кольца.
  10. Первая помощь при переломах костей таза.
  11. Клиническая картина и диагностика.
  12. Лечение переломов костей таза.

**Проблемно-ситуационные задачи**

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

Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. Вы – врач скорой медицинской помощи. Ребенок сбит автомашиной, обстоятельств травмы не помнит, Была кратковременная потеря сознания. Жалуется на боль в правой паховой области и лобке. Сдавление костей таза болезненно, положительный симптом «прилипшей пятки» с обеих сторон. Ребенок самостоятельно помочился – моча без патологических примесей.

Каковы ваши предварительный диагноз, первая помощь на догоспитальном этапе, способ транспортировки? План обследования данного больного в стационаре и план лечения.

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

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

Поставьте диагноз, назначьте лечения.

4.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.

5.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?

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

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

1. Девочка 6 лет во время прогулки на улице неудачно повернула голову, после чего возникло вынужденное положение головы, ребенок перестал поворачивать шеей. Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического, ультразвукового и КТ-исследований. Также составление алгоритма диагностики, первой медицинской помощи и плана лечения больных с повреждениями позвоночника и костей таза.

**Модуль 5. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов**

**Тема 8. Закрытые повреждения паренхиматозных и полых органов брюшной полости. Травма почек, мочевого пузыря и уретры. Повреждения промежности у девочек.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря | А) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома\*  Б) пиурия, гематурия, повышение температуры  В) тошнота, рвота, острая задержка мочи  Г) гематурия, олигурия, почечная колика  Д) боль, тошнота, пиурия |
| 2.У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга | А) лапароцентез  Б) лапароскопия, ревизия  В) лапароскопия, длительный дренаж  Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости  Д) наблюдение, консервативная терапия\* |
| 3.Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна | А) гастроскопия\*  Б) гастротомия  В) наблюдение  Г) стимуляция моторики кишечника  Д) лапароскопия |
| 4.Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме | А) печень, селезенка\*  Б) тонкая кишка  В) толстая кишка  Г) мочевой пузырь  Д) почки |
| 5. У ребенка с травмой живота обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают | А) спленэктомию  Б) попытку ушивания дефекта\*  В) перевязку селезеночной артерии  Г) оставление страхового дренажа без манипуляций на селезенке  Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки |
| 6. Из перечисленных методов наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является | А) УЗИ с оценкой почечного кровотока\*  Б) цистоуретрография  В) компьютерная томография с введением контрастного вещества  Г) экскреторная урография  Д) полипозиционная цистография |
| 7. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме через 2 часа гвоздь в желудке. Наиболее рациональна в этом случае | А) гастроскопия  Б) гастротомия  В) наблюдение\*  Г) стимуляция моторики кишечника  Д) дача бариевой взвеси и наблюдение |
| 8.Основными симптомами  внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей являются: | А) острая задержка мочи, паравезикальная гематома  Б) пиурия, гематурия  В) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогих местах\*  Г) перелом костей таза, острая задержка мочи  Д) почечная колика |
| 9. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является | А) экскреторная урография  Б) цистоскопия  В) цистография\*  Г) катетеризация мочевого пузыря  Д) хромоцистоскопия |
| 10. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является | А) гематурия  Б) пиурия  В) острая задержка мочи\*  Г) дизурия  Д) альбуминурия |
| 11. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают | А) спленэктомию  Б) попытку ушивания дефекта  В) перевязку селезеночной артерии  Г) оставление страхового дренажа без манипуляций на селезенке  Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки\* |
| 12. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие | А) лапароцентез  Б) лапароскопия, ревизия  В) лапароскопия, дренаж  Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости\*  Д) наблюдение, консервативная терапия |
| 13. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно с | А) рентгенографии брюшной полости  Б) ультразвукового исследования\*  В) лапароцентеза  Г) лапароскопии  Д) внутривенной урографии |
| 14. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима | А) лапароскопия  Б) лапароцентез  В) лапаротомия\*  Г) ультразвуковое исследование  Д) наблюдение |
| 15. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II степени, внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильная. Наиболее рациональные действия хирурга включают | А) лапароцентез  Б) лапароскопия  В) лапаротомия  Г) консервативная терапия\*  Д) наблюдение |
| 16. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать | А) обзорную рентгенографию брюшной полости\*  Б) лапароцентез  В) лапароскопию  Г) ультразвуковое исследование  Д) ангиографию |
| 17. Из перечисленных симптомов абсолютным показанием для экстренной операции при травме почки является | А) макрогематурия  Б) шок  В) нарастающая припухлость в поясничной области\*  Г) лихорадка, озноб, рвота  Д) боль в поясничной области |
| 18. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна | А) для удвоения почки  Б) для гидронефроза  В) для нефроптоза  Г) для разрыва почки\*  Д) для туберкулеза |
| 19. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является | А) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек  Б) нечеткость контура поврежденной почки  В) увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ\*  Г) эхопризнаки выпота в брюшной полости  Д) нечеткость рисунка исследуемой почки |
| 20. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать | А) лапароцентез  Б) лапароскопию\*  В) лапаротомию  Г) наблюдение  Д) наблюдение и консервативную терапию |

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Перечислите полые и паренхиматозные органы брюшной полости
  2. Клинические симптомы разрыва полого органа брюшной полости
  3. Методы диагностики разрыва желудка, кишечника
  4. Механизм повреждения паренхиматозных органов брюшной полости
  5. Клинические симптомы разрыва печени, селезенки
  6. Клинические признаки травмы поджелудочной железы
  7. Методы диагностики повреждений паренхиматозных органов
  8. Что такое метод «шарящего катетера»?
  9. Лечебная тактика при разрыве полых органов брюшной полости
  10. Лечебная тактика при разрыве паренхиматозных органов брюшной полости
  11. Механизмы повреждения почек и мочевого пузыря у детей.
  12. Клиника закрытой травмы почки.
  13. Диагностика повреждений почки.
  14. Лечебная тактика при травме почки, показания к оперативному лечению.
  15. Клиника и диагностика внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.
  16. Клиника и диагностика внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.
  17. Лечебная тактика при повреждениях мочевого пузыря.
  18. Механизм, клиника и диагностика разрыва уретры.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал, ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура тела - 37,6 С, тахикардия, АД -90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре: в левом подреберье определяется ригидность мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Каков Ваш предварительный диагноз, план обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.
2. Восьмилетняя девочка каталась на санках с горки, упала и ударилась о кочку левой половиной живота. Почувствовав боль в левом подреберье, ребенок самостоятельно пришел домой. Через 3 часа боль в животе усилилась, была однократная рвота. Девочка стала бледной, отказывалась вставать, есть. Обеспокоенные родители вызвали скорою помощь, которая и доставила ребенка в приемное отделение центра детской хирургии.

Осмотрена дежурным детским хирургом. Бросается в глаза бледность ребенка. Температура тела – 37,2о. Жалуется на боли в левом подреберье, иррадиирующие в левое надплечье и левую лопатку. Лежит на левом боку, при просьбе сесть или повернуться на правый бок занимает прежнее положение. Пульс – 130 в 1 мин, АД – 85/60 мм рт.ст. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, перкуторно печеночная тупость сохранена, жидкости в отлогих местах не определяется. При пальпации живот мягкий, резко болезненный в левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга не выражен. Мочилась самостоятельно – моча светлая, без примеси крови.

Вы – дежурный хирург.

Вопросы. Каков ваш предварительный диагноз? В какое отделение госпитализируете данную больную? Составьте план ближайших диагностических мероприятий. Показания к консервативному лечению? Показания к экстренной операции, тактика во время операции?

3. 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.

Ваш диагноз? План обследования. Лечебная тактика.

4. 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.

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Ваша тактика?

5. 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.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимы. Ваша лечебная тактика.

1. Больной 14 лет доставлен в клинику по поводу боли левой поясничной области, возникшей после падения и ушиба левой поясничной области. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Имеется небольшая припухлость в левой поясничной области.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечебная тактика?

7. 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.

1.Какой диагноз можно предположить?

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

3.Какова диагностическая ценность КТ, 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?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов:

Сбор и оценка анамнеза у больного

Выявление при клиническом обследовании общих и локальных симптомов заболевания.

Правильная оценка данных локального и общего статуса.

Определение наличия гематомы или урогематомы.

Интерпретация типичных рентгенограмм при травме внутренних органов и мочевыделительной системы.

Интерпретация данных УЗИ, лабораторных методов исследования.

**Модуль № 6. Детская ортопедия**

**Тема 1. Врожденный вывих бедра.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует | А) в период новорожденности  Б) в первые полгода жизни  В) до 1 года  Г) показано только оперативное лечение  Д) в возрасте от 1 года до 3 лет |
| 2. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является | А) ограничение отведения бедер  Б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывания)  В) укорочение ножки  Г) асимметрия кожных складок  Д) наружная ротация ножки |
| 3. Ведущими методами лечения врожденного вывиха, подвывиха бедра у детей до 6 месяцев жизни являются  **(выбрать все правильные ответы)** | А) ЛФК и массаж  Б) широкое пеленание  В) функциональные отводящие шины-распорки  Г) гипсовые повязки  Д) одномоментное вправление под наркозом  Е) раннее оперативное лечение |
| 4. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является | А) дисплазия тазобедренных суставов  Б) врожденная косолапость  В) амниотические перетяжки  Г) патологический вывих бедра  Д) мышечная кривошея |
| 5. Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является | А) ультразвуковой  Б) клинический  В) рентгенологический  Г) лабораторный  Д) КТ, МРТ |
| 6. Укорочение конечности, ограничение разведения бедер, асимметрия подъягодичных и подколенных складок является проявлением у грудного ребенка | А) врожденного вывиха бедра  Б) врожденного подвывиха бедра  В) нервно-мышечной дистонии, ригидности  Г) болезни Пертеса  Д) дисплазии тазобедренных суставов |
| 7. дисплазию тазобедренных суставов у ребенка 1 месяца следует лечить | А) массажем  Б) широким пеленанием  В) гипсовой повязкой  Г) правильный ответ 1,2  Д) правильный ответ 1,3 |
| 8. Для врожденного вывиха бедра в 3 месяца характерен симптом | А) абсолютного укорочения конечности  Б) симптом соскальзывания  В) ограничение отведения бедер  Г) положительный симптом Тренделенбурга  Д) боль при отведении бедер |
| 9. Для оценки рентгенограмм тазобедренных суставов при врожденном вывихе бедра у детей 3 месяцев используются следующие схемы, **кроме** | А) схема Омбредана  Б) схема Рейнберга  В) схема Хильгенрайнера  Г) линия Шентона  Д) признак Маркса |
| 10. После завершения успешного консервативного вправления врожденного вывиха бедра ребенка следует наблюдать | А) 1-2 года  Б) 3-4 года  В) до 7 лет  Г) до 15 лет  Д) практически всю жизнь |
| 11. Ведущим методом лечения врожденного вывиха, подвывиха бедра у детей от 3 до 6 месяцев жизни является | А) ЛФК и массаж  Б) широкое пеленание  В) функциональные отводящие шины-распорки  Г) гипсовые повязки  Д) одномоментное вправление под наркозом |
| 12. При подозрении на врожденный вывих, подвывих бедра врач-педиатр назначает | А) широкое пеленание и массаж  Б) направляет в детский ортопедический центр |
| 13. В случае клинического и ультразвукового диагностирования врожденного вывиха, подвывиха бедра у грудного ребенка показана | А) рентгенография в прямой проекции  Б) рентгенография по Лауэнштейну  В) артрография  Г) радиоизотопное исследование  Д) артроскопия |
| 14. С целью своевременной диагностики врожденной патологии УЗИ тазобедренных суставов должно быть выполнено амбулаторно | А) только при подозрении на вывих бедра  Б) у всех детей в возрасте 1-3 месяца  В) у всех после 6 месяцев |
| 15. Ограничение разведения бедеру новорожденного ребенка наблюдается при  **(выбрать все правильные ответы)** | А) врожденном вывихе бедра  Б) врожденном подвывихе бедра  В) патологическом вывихе бедра  Г) родовом переломе бедра  Д) болезни Пертеса |
| 16.Абсолютная длина нижней конечности измеряется | А) |
| 17.Относительная длина нижней конечности измеряется | А) |
| 18. Симптом «щелчка» у детей первых дней жизни является основным симптомом при | А) дисплазии тазобедренных суставов  Б) врожденном вывихе бедра  В) варусной деформации шейки бедра  Г) экзостозной дисхондроплазии |
| 19. С какой стороны врожденный вывих бедра | а) ацетабулярный индекс = 39◦  высота h = 3 мм  расстояние с = 21 мм  б) ацетабулярный индекс = 22º  высота h= 9 мм  расстояние с = 12 мм |
| 20. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра проводится с использованием  **(выбрать все правильные ответы)** | А) широкого пеленания  Б) шины - распорки  В) шины Виленского  Г) подушки Фрейка  Д) аппарата Илизарова  Е) вытяжения по Шеде |

**Вопросы для устного опроса**

1. «Группы риска» по развитию диспластической патологии

2. Что такое врожденный вывих бедра

3. Ранние клинические симптомы врожденного вывиха бедра

4. УЗИ в диагностике врожденного вывиха бедра

5. Рентгенологические методы диагностики, диагностические схемы

6. Поздние симптомы врожденного вывиха бедра

7. Лечение дисплазии тазобедренных суставов

8. Лечение ребенка от 3 месяцев до 1 года

9. Лечение ребенка от 1 года до 3 лет

10. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружены ограничение отведения бедер и симптом "щелчка" справа. К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось 3 недели. Ваш предварительный диагноз, план обследования? Лечебная тактика?
2. Вы осматриваете ребенка 1 года 3 месяцев, который только начал ходить. При осмотре: походка неустойчивая, хромота. Отмечены асимметрия кожных складок на бедрах, относительное укорочение правой ножки, ограничение отведения правого бедра. Предварительный диагноз? План обследования больного, лечение, прогноз.
3. Вы осматриваете ребенка 1 года 2 месяцев, который только начал ходить, и отмечаете «утиную» походку. Предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. К вам обратились родители месячного ребенка, у которого они обнаружили разное количество кожных складок на бедрах. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился в тазовом предлежании. Возможный диагноз? Перечислите симптомы, на которых он будет основан? Составьте план обследования и лечения.
5. У ребенка 6 месяцев диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. Какие клинические и рентгенологические симптомы вы выявите у этого ребенка?
6. На прием к ортопеду обратились родители с девочкой в возрасте 2-х лет с жалобами на то, что ребенок ходит, переваливаясь с ноги на ногу. Известно, что семья проживает в сельской местности, ортопедом с рождения не наблюдалась. Из анамнеза известно, что ребенок начал ходить после года. При осмотре - походка “утиная”, разведение и ротационные движения в суставах ограничены. Ваши действия?
7. Вы осматриваете новорожденного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с симптомами перенесенной перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бедер ограничено. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.
8. Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе. При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.
9. К участковому педиатру обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки во время пеленания в последние 2 дня. При осмотре левая ножка приведена к животу, полусогнута в тазобедренном суставе. Активные движения отсутствуют, пассивные, особенно ротация, вызывают беспокойство. Температура тела 37,5оС. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординатора описать учебные рентгенограммы (нормальные рентгенограммы тазобедренных суставов в возрастном аспекте, врожденный вывих бедра у детей до 1 года, старше 1 года, подростков, coха vara, патологический вывих бедра), продемонстрировать следующие навыки: измерить абсолютную и относительную длину нижних конечностей, продемонстрировать симптомы врожденного вывиха бедра на больных.

**Модуль № 6. Детская ортопедия**

**Тема 2. Врожденная косолапость, плоско-вальгусная стопа. Плоскостопие.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости включает | А) приведение, супинацию и подошвенное сгибание стопы\*  Б) отведение, супинацию и подошвенное сгибание стопы  В) приведение, пронацию и тыльное сгибание стопы  Г) отведение, пронацию и установку стопы в среднем положении  Д) эквинусную установку стопы |
| 2. Консервативное лечение кривошеи следует начинать | А) с момента рождения  Б) в 2-х недельном возрасте  В) в 2 – 3 месяца  Г) в 0,5 – 1 год  Д) после 1 года |
| 3. G:\Пренатальная\sirota20080114153046964.jpgЭто - | А) плоско-вальгусная стопа  Б) врожденная косолапость\*  В) врожденный вывих бедра  Г) артрогриппоз |
| 4. Лечение плоско-вальгусной стопы включает: | А) этапные гипсовые повязки  Б) лонгеты из поливика + ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц\*  В) ношение ортопедической обуви  Г) ЛФК + массаж  Д) лечение не требует |
| 5. Оперативное лечение косолапости проводится в: | А) в 1 – 3 года\*  Б) до 1 года  В) в 3 – 7 лет  Г) в 7 – 10 лет  Д) не имеет значения |
| 6. В настоящее время наибольшее признание в лечении врожденной косолапости завоевал метод: | А) Финка - Эттингера  Б) Понсетти  В) Виленского  Г) оперативный  Д) аппаратом Илизарова |
| 7. Лечение гипсовыми повязками при врожденной косолапости у детей проводится с возраста: | А) 1 года  Б) 6 месяцев  В) 14 дней\*  Г) 1 месяца |
| 8. При врожденной косолапости у детей применяются консервативные мероприятия: | А) лигаментокапсулотомия  Б) бинтование конечности по Финку-Эттингеру\*  В) гипсование по Понсетти\*  Г) химиотерапия  Д) широкое пеленание |
| 9. Врожденную косолапость у детей начинают лечить с возраста: | А) 14 дней\*  Б) 6 месяцев  В) после 1 года |
| 10. Ребенка, вылеченного от врожденной косолапости, следует наблюдать в катамнезе | А) 3 мес.  Б) 6 мес.  В) 3 года  Г) 14 лет\*  Д) всю жизнь |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 11.К типичным формам врожденной косолапости относятся: | А) варусная контрактура Остена – Сакена  Б) амниотическая косолапость\*  В) деформация стоп на почве артрогриппоза  Г) мягкотканно-связочная  Д) деформация стоп на почве дефекта костей |
| 12. Для врожденной косолапости характерны: | А) неправильное положение стопы с момента рождения\*  Б) контрактура и деформация коленного и тазобедренного суставов  В) сочетается с парезом или параличом нижних конечностей  Г) поздно начинает ходить с опорой только на наружный край стопы\*  Д) боли и утомляемость при ходьбе |
| 13. Основные клинические признаки врожденной косолапости: | А) супинация стопы\*  Б) пронация стопы  В) эквинус\*  Г) аддукция\*  Д) абдукция |
| 14.При врожденной косолапости у детей применяются консервативные методы лечения: | А) лигаментокапсулотомия  Б) редрессирующее пеленание  В) бинтование конечности по Финку-Эттингеру  Г) гипсовые повязки  Д) химиотерапия |
| 15. Врожденную косолапость у детей необходимо дифференцировать с: | А) артрогрипозом  Б) укорочением нижней конечности  В) врожденным вывихом бедра  Г) паралитической «конской стопой»\*  Д) болезнью Литтля\* |
| 16. Метод консервативного лечения косолапости по Понсетти включает в себя следующие элементы: | А) ручная коррекция деформации\*  Б) тенолигаментокапсулотомия  В) этапное гипсование\*  Г) по показаниям - ахиллотомия\*  Д) использование брейсов\* |
| 17. Клинические симптомы врожденной плоско-вальгусной стопы: | А) подошва стопы плоская, иногда выпуклая\*  Б) стопа в положении супинации  В) стопа в положении пронации\*  Г) с началом статической нагрузки патология усугубляется\*  Д) пальцы стопы отведены кнаружи\* |
| 18. Различают следующие виды приобретенного плоскостопия: | А) паралитическое\*  Б) спастическое  В) статическое\*  Г) рахитическое\*  Д) травматическое\* |
| 19. Дополнительные методы исследования при приобретенном плоскостопии: | А) плантограмма\*  Б) УЗИ стопы  В) подометрия\*  Г) профильная рентгенограмма стопы\*  Д) рентгенография стопы в прямой проекции |

**Вопросы для устного опроса**

1. Клинические симптомы врожденной косолапости
2. Сроки и методы консервативного лечения
3. Сроки и методы оперативного лечения
4. Понятие плоскостопия.
5. Врожденная плоско-вальгусная стопа. Диагностика.
6. Лечение плоско-вальгусной стопы.
7. Клинические симптомы врожденного плоскостопия.
8. Методы лечения.
9. Приобретенное плоскостопие.
10. Виды приобретенного плоскостопия.
11. Клиника и диагностика.
12. Лечение плоскостопия.

**Проблемно-ситуационные задачи**

* 1. У новорожденного выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
  2. Ребенок 10 лет отмечает быструю утомляемость при ходьбе и болевые ощущения в области стопы. Боль часто усиливается к вечеру, после отдыха болевые ощущения проходят. При осмотре ортопедом выявлено удлинение и расширение стопы, уплощение продольного свода. При осмотре сзади отмечается вальгирование пятки и отклонение ахиллова сухожилия кнаружи. Со слов родителей, ребенок изнашивает внутреннюю поверхность подошвы и каблука обуви.

Какие дополнительные исследования необходимо сделать? Предположительный диагноз? Лечебная тактика?

* 1. Перечислите профилактические мероприятия для детей с начальными признаками плоскостопия в дошкольном и раннем школьном возрасте.
  2. При рождении у ребенка диагностирована двусторонняя косолапость. Родителям был дан совет сразу после выписки из роддома обратиться к детскому ортопеду, но посемейным обстоятельства они сделали это только в шестимесячной возрасте ребенка. При осмотре отмечена гипотрофия мышц голеней, выраженное подошвенное сгибание стоп, приведение переднего отдела стоп и поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края. Какие рекомендации должен дать ортопед этим родителям?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в решении проблемно-ситуационных задач, умении ординаторов разработать рекомендации родителям при плоско-вальгусной стопе, приобретенном плоскостопии, умении оценить плантограмму и профильную рентгенограмму стопы при плоскостопии.

**Модуль № 6. Детская ортопедия**

**Тема 3. Нарушения осанки: сколиоз, кифоз. Роль ЛФК, физиолечения.**

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Эмбриогенез позвоночника.
2. Формирование физиологических изгибов позвоночника.
3. Методика выявления нарушений осанки.
4. Сколиоз: определение, этиология, классификация.
5. Причины врожденного сколиоза.
6. Клиническая картина и диагностика.
7. Консервативное лечение.
8. Роль ЛФК и физиотерапии в лечении сколиоза.
9. Хирургическое лечение

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У мальчика 12 лет при диспансерном осмотре в школе выявлена асимметрия мышц спины при наклоне вперед, остистые отростки позвонков находятся не на одной линии, при осмотре в вертикальном положении со спины отмечается асимметрия лопаток. Ребенок отмечает, что при длительной нагрузке на позвоночник периодически возникают ноющие боли. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.
2. У девочки 12 лет диагностирован непрогрессирующий сколиоз II степени. На каком основании поставлен данный диагноз? Каково лечение этой больной?
3. У девочки 13 лет выявлен быстро прогрессирующий сколиоз III степени, за последний год деформация прогрессировала на 20о. Дуга деформации располагается в грудном отделе позвоночника. Появились одышка тахикардия при незначительной физической нагрузке. Выберите метод лечения данной больной, принцип этого лечения.
4. У девочки 7 лет выявлен верхнегрудной правосторонний сколиоз. Определите степень сколиоза, рассчитав по рентгенограмме угол деформации по Фергюссону.
5. 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.

Какой можно поставить диагноз? Для уточнения диагноза и назначения лечения необходимо произвести рентгенологическое обследование. Какое? Какое лечение показано данной больной? Что необходимо для фиксации достигнутой коррекции при консервативном лечении?

1. 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.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

**Проверка практических навыков**

1. Выявление клинических признаков нарушения осанки.

Ребенка надо осматривать, предварительно раздев до плавок, в покое /стоя, лежа, сидя; спереди, сзади, сбоку; в прямом положении и с наклоном вперед, назад, в сторону/ и в движении. Надо сравнить длину ног, оценить выраженность физиологических изгибов позвоночника, проследить линию остистых отростков; отметить ее отклонение от средней линии, в какую сторону, в каком отделе, насколько; обратить внимание на имеющуюся асимметрию расположения головы, надплечий, углов лопаток, разницу величины таракобрахиальных треугольников; проверить, нет ли перекоса таза, деформации грудной клетке /реберный горб/ и есть ли симптом "мышечного валика".

Осмотр в положении стой и лежа, а также с потягиванием за голову позволяет клинически судить о степени фиксации сколиоза. По Зацепину сколиоз» можно разделить на три группы: нефиксированный - деформация исчезает в положении лежа; частично фиксированный - при потягивании за голову дуга частично корригируется; фиксированный - стабильная деформация, не поддающаяся коррекции в положении лежа и при потягивании за голову.

1. Определение угла деформации по рентгенограмме.

**Модуль № 6. Детская ортопедия**

**Тема 5. Остеохонропатии.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменный тестовый контроль, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Для болезни Пертеса характерны | А) боли в коленном суставе  Б) увеличение объема движений в тазобедренном суставе  В) хромота  Г) боли в тазобедренном суставе  Д) правильные ответы 1,3,4\* |
| 2. Какая из перечисленных болезней относится к остеохондропатиям | А) синдром Дауна  Б) синдром Шерешевского-Тернера  В) болезнь Легга-Кальве-Пертеса  Г) остеогенная саркома  Д) остеоид-остеома |
| 3. При подозрении на болезнь Пертеса участковому педиатру необходимо назначить | А) амбулаторное консервативное лечение  Б) срочную консультацию хирурга-ортопеда  В) консультацию остеофтизиатра  Г) консультацию ревматолога |
| 4. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_4.JPG | Какая стадия болезни Пертеса на рентгенограмме?  А) I стадия  Б) I I стадия  В) I I I стадия  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка |
| 5. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_42.JPG | Какая стадия болезни Пертеса на рентгенограмме?  А) I стадия  Б) I I стадия  В) I I I стадия  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка |
| 6. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_LO\Mr8_35.gif | Какая стадия болезни Пертеса на рентгенограмме?  А) I стадия  Б) I I стадия  В) I I I стадия  Г) I Vстадия  Д) грибовидная головка |
| 7. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_46.JPG | Какая из остеохондропатий изображена на R-грамме  А) болезнь Легга-Кальве-Пертеса  Б) болезнь Осгуда-Шлаттера  В) болезнь Кальве  Г) Болезнь Шойермана-Мау |
| 8. D:\UCHEBNIK\G08\PIC_HI\R8_50.JPG | Какая из остеохондропатий изображена на R-грамме  А) болезнь Легга-Кальве-Пертеса  Б) болезнь Осгуда-Шлаттера  В) болезнь Кальве  Г) Болезнь Шойермана-Мау |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 9. Боли в коленном суставе после нагрузки, хромота встречаются при | А) инфекционно-аллергическом артрите коленного сустава  Б) болезни Легга-Кальве-Пертеса  В) стенозирующем лигаментите  Г) туберкулезном коксите  Д) болезни Осгуда - Шляттера |
| 10. Для болезни Пертеса характерны жалобы | А) боли в коленном суставе при нагрузке  Б) хромота  В) субфебрильная температура  Г) ограничение движений в тазобедренном суставе  Д) боли в тазобедренном суставе в покое |
| 11. При болях в коленном суставе и хромоте необходимо провести  клиническое обследование | А) сравнительное измерение местной температуры в области суставов  Б) сравнительное определение объема движений в тазобедренных и коленных суставах  В) определить наличие симптома «щелчка»  Г) проверить реакцию Манту |
| 12. Клиническое обследование при подозрении на болезнь Пертеса выявляет | А) ограничение движений в тазобедренном суставе  Б) положительный симптом “щелчка”  В) боли при ротационных движениях в тазобедренном суставе  Г) ограничение движений в коленном суставе  Д) положительную реакцию Манту |
| 13. Для подтверждения диагноза болезни Пертеса необходимо провести инструментальные исследования | А) рентгенография по Вангестину  Б) радиоизотопное исследование  В) МРТ  Г) артроскопия  Д) рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции |
| 14. Основными рентгенологическими симптомами для II стадии болезни Пертеса являются | А) расширение суставной щели  Б снижение высоты, уплощение головки бедренной кости  В) фрагментация головки бедренной кости  Г) остеопороз головки бедренной кости |
| 15. Основными рентгенологическими симптомами для III стадии болезни Пертеса являются | А) расширение суставной щели  Б снижение высоты, уплощение головки бедренной кости  В) фрагментация головки бедренной кости  Г) остеопороз головки бедренной кости |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие об остеохондропатиях.
2. Классификация остеохондропатий.
3. Стадийность течения на примере болезни Пертеса.
4. Клиника и диагностика болезни Пертеса.
5. Консервативное лечение.
6. Показания и методы оперативного лечения болезни Пертеса.
7. Другие остеохондропатии костей скелета.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Ребенок 5 лет в течение последнего месяца прихрамывает и жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре и рентгенологическом исследовании патологии в правом коленном суставе нет. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограниченны и болезненны. Температура тела и анализы крови в норме. О какой патологии нужно подумать? Ваши действия.
2. Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе. При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.
3. Мальчик 12 лет занимается в футбольной секции, последние 2 месяца стал жаловаться на боли в области правого коленного сустава после тренировки и нагрузок на ноги. При осмотре проекции бугристость большеберцовой кости увеличена в объеме и резко болезненна при перкуссии. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

4. 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.

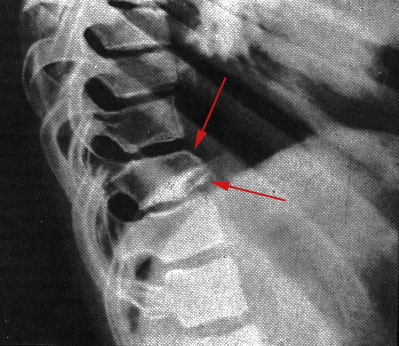
Какой диагноз поставите? Какой дополнительный метод исследования необходимо провести? Какое лечение показано по установлении правильного диагноза?

5. 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, структура уплотнена, суставная щель расширена.

Сделайте заключение о заболевании. Укажите стадию болезни. Назначьте лечение. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

6. 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. 

Каков диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение? Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении ординаторов описать учебные рентгенограммы (нормальные рентгенограммы тазобедренных суставов в возрастном аспекте, стадии развития болезни Легга-Кальве-Пертеса, болезнь Осгуда-Шлаттера, Шейерман-Мау.).

Продемонстрировать следующие навыки:

Ребенка надо осматривать, предварительно раздев до плавок, в покое /стоя, лежа, сидя; спереди, сзади, сбоку; в прямом положении и с наклоном вперед, назад, в сторону/ и в движении. Надо сравнить длину ног, оценить выраженность физиологических изгибов позвоночника, проследить линию остистых отростков; отметить ее отклонение от средней линии, в какую сторону, в каком отделе, насколько; обратить внимание на имеющуюся асимметрию расположения головы; надплечий, углов лопаток, разницу величины таракобрахиальных треугольников; проверить, нет ли перекоса таза, деформации грудной клетке /реберный горб/ и есть ли симптом "мышечного валика".

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Проверка практических навыков**  **Анализ рентгенограмм** | Для оценки качества описания предложенной рентгенограммы мы используем примерную схему, подходящую к различным рентгенологическим методам.   1. Область исследования 2. Метод исследования (обзорная рентгенография, исследование с контрастированием и т.д) 3. Проекция снимка 4. Оценка качества рентгенограммы 5. Сравнительная оценка легочных полей (площадь, форма, прозрачность) 6. Состояние средостения 7. Положение кости (обычное, смещение вследствие вывиха или подвывиха) 8. Наружные контуры кости с учетом анатомических особенностей (ровные или неровные, четкие или нечеткие) 9. Реакция надкостницы 10. Костная структура 11. Описание костных отломков 12. Условия проведенного рентгеноурологического исследования (экскреторная урография, цистография и т.д.) 13. Форма, положение, взаиморасположение и размеры почек 14. Состояние чашечно-лоханочной системы 15. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса   **5 баллов** выставляется за правильные ответы на все оценочные критерии  **4 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 75% оценочных критериев  **3 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25 - 50% оценочных критериев  **2 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25% оценочных критериев |
| **Прием практических навыков** | Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Оценка «Не зачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Детская хирургия» в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам по окончании осеннего семестра каждого учебного года, т.е. всего 2 раза.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат аттестации** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| В оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью или с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Общая семиотика острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей.
2. Острый аппендицит у детей. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, лечение.
3. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет.
4. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей раннего возраста.
5. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей старшего возраста.
6. Аппендикулярный перитонит. Классификация, диагностика, методы лечения.
7. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Перитонит новорожденных. Этиология, клиника. Диагностика, методы лечения.
9. Синдром рвоты и задержки стула у новорожденных. Общие принципы диагностики.
10. Врожденная высокая кишечная непроходимость. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
11. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
12. Инвагинация кишечника у детей. Классификация, клиника, методы диагностики.
13. Инвагинация кишечника у детей. Методы консервативного и оперативного лечения.
14. Пилоростеноз. Клиника, методы диагностики, предоперационная подготовка, оперативное лечение.
15. Дифференциальная диагностика пилоростеноза у детей. Тактика педиатра.
16. Атрезия пищевода. Клиника, диагностика и предоперационная подготовка в родильном доме. Организация транспортировки новорожденного в специализированный центр.
17. Врожденный трахеопищеводный свищ. Клиника. Методы диагностики, лечение.
18. Халазия пищевода. Клиника. Методы рентгенологического и инструментального исследования. Консервативное лечение, показания к операции.
19. Ахалазия пищевода. Клиника. Методы диагностики. Лечение.
20. Аноректальные мальформации. Основные варианты патологии. Безсвищевые формы. Диагностика, показания к оперативному лечению.
21. Аноректальные мальформации со свищами. Диагностика, тактика педиатра, показания к неотложной операции.
22. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, клиника, диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.
23. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Причины, диагностика и лечебная тактика.
24. Пневмоторакс у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
25. Пиопневмоторакс у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
26. Пиоторакс у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
27. Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
28. Диафрагмальные грыжи у детей. Классификация, диагностика.
29. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
30. Врожденная истинная грыжа собственно диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
31. Ложная диафрагмальной грыжи. Диагностика, тактика педиатра. Правила транспортировки новорожденных при синдроме внутригрудного напряжения. Лечение.
32. Этиология, клиника и диагностика кровотечений из пищеварительного тракта у детей.
33. Общие принципы лечения кровотечений из пищеварительного тракта у детей.
34. Диспансеризация детей с пороками развития. Сроки оперативного лечения различных пороков.
35. Пупочная грыжа. Сроки оперативного лечения.
36. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Оперативное лечение. Показания к консервативному лечению.
37. Аномалии желточного протока. Клиника, диагностика, лечение.
38. Аномалии мочевого протока. Клиника, диагностика, лечение.
39. Атрезия желчных ходов. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
40. Паховая грыжа у детей. Клиника, диагностика, сроки оперативного лечения.
41. Ущемленная паховая и пахово-мошоночная грыжа у детей. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
42. Черепно-мозговая грыжа. Классификация, клиника, диагностика. Сроки и методы оперативного лечения.
43. Спинно-мозговая грыжа. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к неотложной операции.
44. Крестцово-копчиковая тератома. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Показания к неотложной операции.
45. Гемангиомы. Классификация, диагностика, методы лечения.
46. Лимфангиомы. Классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
47. Врожденная расщелина верхней губы и неба. Классификация. Диспансерное наблюдение. Сроки и методы оперативного лечения.
48. Врожденные кисты и свищи шеи. Клиника, диагностика. Сроки и методы оперативного лечения.
49. Особенности гнойно-септических заболеваний у детей раннего возраста.
50. Мастит новорожденных. Некротическая флегмона новорожденных Этиология, патогенез, клиника, лечение.
51. Омфалиты. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Основные клинические формы. Ранняя диагностика, лечение.
53. Метаэпифизарный остеомиелит. Особенности клиники, диагностики и лечения.
54. Дифференциальная диагностика острого гематогенного остеомиелита у детей старшего возраста.
55. Хронический остеомиелит. Атипичные формы остеомиелита. Диагностика. Лечение.
56. Детский травматизм. Профилактика. Особенности переломов костей у детей.
57. Кефалгематома. Локализация, клиника, тактика педиатра, лечение.
58. Родовые переломы. Локализация. Диагностика, методы лечения.
59. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика. Лечение.
60. Контузия головного мозга. Ведущие клинические симптомы. Лечение.
61. Эпидуральная гематома. Клиника, диагностика, лечение.
62. Субдуральная гематома. Клиника, диагностика, лечение.
63. Хирургическая анатомия локтевого сустава. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости. Диагностика. Методы лечения.
64. Подвывих головки лучевой кости. Механизм возникновения. Клиника, методика вправления.
65. Закрытый перелом бедренной кости. Диагностика. Методы лечения.
66. Закрытая травма органов брюшной полости у детей. Методы диагностики, тактика педиатра и хирурга.
67. Закрытая травма почки. Методы диагностики, тактика педиатра и хирурга.
68. Крипторхизм. Классификация, диагностика, сроки и методы лечения.
69. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения.
70. Алгоритм урологической диагностики в педиатрии. Рентгенологическая диагностика урологических заболеваний у детей.
71. Экскреторная урография. Показания и противопоказания. Техника выполнения. Клиническая оценка.
72. Врожденный гидронефроз. Этиология, клиника, методы диагностики. Тактика педиатра.
73. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Причины, клиника, диагностика. Последствия ПМР. Методы лечения.
74. Уролитиаз у детей. Диагностика, методы лечения. Купирование почечной колики.
75. Злокачественные опухоли костей у детей. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
76. Нефробластома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
77. Нейробластома у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
78. Эхинококкоз легкого у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения. Лечение.
79. Эхинококкоз печени у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения. Лечение.
80. Клиника и диагностика врожденного вывиха бедра у детей до 1-го года. Методы лечения.
81. Клиника и диагностика врожденного вывиха бедра у детей старше 1-го года. Методы лечения.
82. Врожденная мышечная кривошея. Клиника, диагностика, методы консервативного и оперативного лечения.
83. Врожденная косолапость. Клинические признаки. Методы консервативного и оперативного лечения.
84. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса). Стадии заболевания. Клиника, диагностика. Методы лечения.
85. Сколиоз у детей. Классификация, диагностика, консервативное лечение.

**Практические задания для проверки сформированных**

**умений и навыков**

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, активные движения невозможны из-за болей. Вы – врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?
2. Ребенок трех лет шел по улице с мамой, споткнулся и стал падать. Мама резко потянула ребенка за руку и удержала его от падения, но в ту же минуту ребенок стал жаловаться на боль в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены, пронация и супинация невозможны из-за болей. Ваш диагноз, лечебная тактика?
3. Во время оказания акушерского пособия в родах новорожденный получил травму правой ручки. При осмотре в клинике: правая ручка неподвижно лежит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные - в плечевом и локтевом суставах вызывают резкое беспокойство. В средней трети правого плеча видна угловая деформация. Предварительный диагноз, дополнительные методы обследования? Лечебная тактика?
4. Ребенок 8 месяцев упал дома с дивана. Сразу заплакал, была однократная рвота. Спал беспокойно. Ребенок был осмотрен участковым педиатром: состояние средней тяжести, вял, сонлив, негативно реагирует на осмотр. В неврологическом статусе очаговых симптомов не выявлено. Отмечен горизонтальный нистагм при максимальном отведении глазных яблок. Гематомы на голове нет. Предварительный диагноз? Тактика участкового педиатра?
5. У новорожденного, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное положение с отведением правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечены угловая деформация и патологическая подвижность. Ваш предварительный диагноз, первая помощь? Тактика врача родильного дома? Дальнейшее обследование и лечение?
6. Ребенок 5 лет упал с опорой на разогнутую и приведенную руку, после чего почувствовал боль в области лучезапястного сустава. Хирург ЦРБ осмотрел ребенка, выявил локальную болезненность в нижней трети предплечья без деформации конечности, крепитации и патологической подвижности. Рентгенологического исследования не проводилось. Поставив диагноз ушиба лучезапястного сустава, врач наложил тугую повязку, рекомендовал покой, холод на место ушиба, в дальнейшем – согревающие компрессы. Какую ошибку допустил принимающий врач? Какое обследование необходимо ребенку? Предположительный диагноз и тактика?
7. Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал, ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура тела - 37,6 С, тахикардия, АД -90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре: в левом подреберье определяется ригидность мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Каков Ваш предварительный диагноз, план обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.
8. В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружены ограничение отведения бедер и симптом "щелчка" справа. К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось 3 недели. Ваш предварительный диагноз, план обследования? Лечебная тактика?
9. У новорожденного выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
10. Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Диагноз и тактика.
11. Ребенок 5 лет в течение последнего месяца прихрамывает и жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре и рентгенологическом исследовании патологии в правом коленном суставе нет. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограниченны и болезненны. Температура тела и анализы крови в норме. О какой патологии нужно подумать? Ваши действия.
12. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был накануне нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика.
13. Пятилетний ребенок заболел остро 7 дней назад. Жалуется на постоянные пульсирующие боли в верхней трети левой голени. Сон плохой, аппетит отсутствует, температура 38,7о. Верхняя треть голени резко отечна, кожа гиперемирована, положителен симптом флюктуации. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Диагноз? Дополнительные обследования? Лечебная тактика?
14. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 месяцев с диагнозом: инвагинация кишок. С момента заболевания прошло 10 часов. Выберите тактику лечения этого ребенка.
15. К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки при пеленании в последние два дня. При осмотре левая ножка приведена к животу, полусогнута в тазобедренном суставе. Активные движения отсутствуют, пассивные движения в тазобедренном суставе вызывают беспокойство. Температура тела 37,5оС. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
16. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?
17. У ребенка 12 лет появилась рвота с примесью темной крови, дегтеобразный стул. Из анамнеза выяснено, что у больного в течение последних двух лет наблюдались периодические боли в области желудка и рвота (без примеси крови), после которой наступало облегчение. При осмотре – живот не вздут, напряжения мышц передней брюшной стенки нет, умеренная болезненность при пальпации в верхней половине живота. Предположительный диагноз? План обследования, тактика хирурга?
18. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было около 2 суток. В анамнезе: в возрасте 5 лет выполнена аппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
19. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной клетки тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования, лечение?
20. В поликлинику обратились родители ребенка 5 лет. У мальчика часто с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови. Стул оформленный. Других жалоб нет. Ваш диагноз? План обследования и лечения?
21. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается, нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится на фебрильных цифрах. При перкуссии грудной клетки справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа практически не выслушивается. Дополнительные методы обследования. Предположительный диагноз. Лечебная тактика.
22. В отделение доставлен новорожденный через 2 часа после рождения. Ребенок бледный, вялый. В области пупка имеется опухолевидное образование, покрытое прозрачными блестящими оболочками, через которые видны петли тонкого кишечника. Диаметр дефекта брюшной стенки 7-8 см, высота «опухоли» - 6-7 см. Ваш диагноз? Лечебная тактика?
23. У девочки 3 месяцев обнаружено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования размерами 1,5 х 1,5 см, легко вправляемого в брюшную полость. Ваш диагноз, тактика лечения?
24. В отделение поступил ребенок 4-х лет. С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы. Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии. Отмечается бледность кожных покровов, вздутие живота. Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования?
25. 2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. Рвоты не было. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами эластичное болезненное образование размерами 4 х 6 см. Оба яичка в мошонке. Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники и стационара?
26. У ребенка в возрасте 3-х недель появилась рвота фонтаном после каждого кормления. Количество рвотных масс превышает количество высосанного молока, в рвотных массах нет примеси желчи, рвота имеет кислый застойный запах. Выражен запор, число мочеиспусканий уменьшено до 6 в сутки. При осмотре кожа сухая, морщинистая. Живот вздут в эпигастрии, видна перистальтика в виде «песочных часов». В крови – высокий гематокрит, гипокалиемия, гипохлоремия. В моче снижено содержание натрия и хлора. Какой Вы поставите диагноз и какими методами исследования подтвердите его?
27. У новорожденного с первых минут после рождения отмечается обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны. Какое заболевание следует исключить? Какие необходимы дополнительные исследования? Какова лечебная тактика в условиях родильного дома?
28. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации живота ребенок беспокоится, плачет. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Тактика врача родильного дома?
29. У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка. Цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. Предположительный диагноз? Диагностическая тактика?
30. У мальчика 10 дней с рождения отмечено увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размерами 8 х 6 х 4 см. При ультразвуковом исследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, структура без особенностей. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?
31. Врач педиатрического стационара при обследовании девочки 12 лет, длительно страдающей пиелонефритом, обнаружил у нее артериальную гипертензию. Укажите возможную причину гипертонии у больной и исследования, с помощью которых удается установить истинную причину заболевания у данных больных?
32. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
33. У ребенка в родильном доме на передней брюшной стенке обнаружено образование красного цвета размерами 2 х 2 см, немного возвышающееся над поверхностью кожи. При надавливании образование бледнеет, затем восстанавливает первоначальный вид. Предварительный диагноз? Тактика?
34. У ребенка, рожденного с массой тела 3220 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребенка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальное отверстие смещено опухолью кпереди. Меконий отошел, ребенок мочился. Ваш предположительный диагноз? План обследования и тактика лечения?
35. Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами с большое яблоко, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. В поликлинике при УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

**Перечень рентгенограмм, КТ и результатов УЗИ для экзамена**

1. Поднадкостничный перелом лучевой кости

2. Перелом по типу «зеленой веточки»

3. Перелом свода черепа по типу «целлулоидного шарика»

4. Родовой перелом плечевой кости

5. Левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа

6. Родовой перелом бедренной кости

7. Эпифизеолиз головки лучевой кости

8. Повреждение Монтеджа

9. Эпидуральная гематома

10. Врожденный пилоростеноз

11. Врожденная высокая кишечная непроходимость

12. Врожденная низкая кишечная непроходимость

13. Атрезия пищевода, безсвищевая форма

14. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем

15. Инвагинация кишечника (УЗИ)

16. Инвагинация кишечника (пневмоирригография)

17. Некротизирующий энтероколит (IV стадия)

18. Эхинококкоз легкого

19. Эхинококкоз печени (КТ)

20. Удвоенная почка

21. Подковообразная почка

22. Болезнь Гиршпрунга

23. Атрезия прямой кишки

24. Удвоенная почка (КТ)

25. Дистальный остеоэпифизеолиз большеберцовой кости

26. Тератома крестцово-копчиковой области (УЗИ)

27. Врожденный гидронефроз

28. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

29. Абсцесс легкого

30. Пиопневмоторакс напряженный

31. Пиоторакс напряженный

32. Остеогенная саркома бедренной кости

33. Костно-хрящевой экзостоз

34. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса

35. Острый гематогенный остеомиелит

**Практические навыки**

Согласно трудовой функции А/01.8 врач детский хирург обязан:

- владеть методами осмотра и обследования пациентов детского возраста с хирургическими заболеваниями, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей:

- интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов детского возраста с хирургическими заболеваниями,

1. сбор анамнеза и жалоб
2. визуальное исследование различных органов и систем
3. пальпация и перкуссия грудной клетки, брюшной полости, костей и суставов
4. аускультация органов грудной клетки и брюшной полости
5. определение площади ожоговой поверхности
6. определение объема активных и пассивных движений в суставе

- интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов детского возраста с хирургическими заболеваниями:

7. ультразвуковое исследование органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства,

8.рентгенография, в том числе рентгенологическое обследование с использованием внутриполостного/внутривенного контрастирования;

9.компьютерная томография, в том числе с использованием внутриполостного/внутривенного контрастирования;

10. функциональные исследования мочевыделительной системы, толстой кишки;

11.внутрипросветное исследование (фиброскопия) пищевода, желудка, трахеи, бронхов, толстой кишки;

12. результаты биопсии;

Согласно трудовой функции А/02.8 врач детский хирург обязан:

13. Разрабатывать план лечения пациентов детского возраста с хирургическими заболеваниями действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи;

14. Назначать лекарственные препараты и/или медицинские изделия пациентам детского возраста с хирургическими заболеваниями;

15. Назначать немедикаментозную терапию пациентам детского возраста с хирургическими заболеваниями;

16. Выполнять отдельные манипуляции или хирургические вмешательства, пациентам детского возраста с хирургическими заболеваниями:

* пункция гнойного очага
* пункция лимфатического узла
* наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов
* наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки
* наложение иммобилизационной повязки при переломах костей
* наложение шины при переломах костей
* наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов
* наложение повязки при ранении (повреждении) сосудов
* наложение повязки на послеоперационные раны
* удаление поверхностного инородного тела
* вскрытие панариция
* сшивание кожи и подкожно-жировой клетчатки
* ушивание открытой раны без кожной пластики
* вскрытие фурункула (карбункула)
* вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)
* удаление ногтевых пластинок
* обработка места открытого перелома
* репозиция отломков костей при переломах
* вправление вывиха костей
* пункция и катетеризация периферических вен
* торакоцентез
* дренирование плевральной полости
* лапароцентез
* катетеризация мочевого пузыря
* цистография
* пункция суставов
* наложение жгута при кровотечении
* наложение гипсовых повязок
* наложение кожных швов
* снятие кожных швов

**Образец экзаменационного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра госпитальной хирургии, урологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.16 «Детская хирургия»**

**Дисциплина: «Детская хирургия»**

**Курс обучения: Первый**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**1. Вариант набора тестовых заданий в ИС Университета**

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Общая семиотика острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей.
2. Врожденные кисты и свищи шеи. Клиника, диагностика. Сроки и методы оперативного лечения.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

1. Заключение по рентгенограмме № 1
2. Ситуационная задача.

У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания.

Ваш предварительный диагноз? План обследования и лечения.

Зав. кафедрой госпитальной хирургии, урологии,

профессор В.С. Тарасенко

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации И.В. Ткаченко

2023 г.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 2 | ПК-2  готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками | Знать - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детей;  - организацию и проведение профилактических медицинских осмотров детей; - основные и дополнительные методы обследования необходимые для оценки состояния здоровья и результатов лечения на этапах наблюдения  - требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры  - основные принципы диспансеризации детей с хирургическими заболеваниями - основные и дополнительные методы обследования необходимые для оценки результатов лечения на этапах наблюдения | вопросы №№ 1-85 |
| Уметь - провести общеклиническое исследование по показаниям; выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни;  - заполнять медицинскую документацию;  - проводить клиническое обследование пациента в рамках профилактического осмотра;  - формировать диспансерные группы и составлять план диспансерного наблюдения. | вопросы №№ 1-85  Проблемно-ситуационные задачи №№ 1-35 |
| Владеть - навыками заполнения учетно-отчетной документации амбулаторным детским хирургом,  - навыками оформления информированного согласия,  - методами контроля за эффективностью диспансеризации,  - проведения профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы среди детей и их родителей. | Проблемно-ситуационные задачи №№ 1-35  практические задания №№ 1 - 12 |
|  | ПК-5  готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать методику сбора и анализа жалоб пациента или его законных представителей с целью установления факта наличия или отсутствия заболевания; роль анамнеза заболевания и жизни больного ребенка в процессе установления факта наличия или отсутствия заболевания; клинические проявления основных хирургических заболеваний, травматических повреждений и пороков развития у детей различного возраста; основные лабораторные показатели, а также методы инструментальных исследований для установления факта наличия или отсутствия заболевания у детей. | вопросы №№ 1-85 |
| Уметь получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость проведения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных и пр.), уметь интерпретировать их результаты; провести дифференциальную диагностику основных хирургических заболеваний в различных возрастных группах, обосновать клинический диагноз. | вопросы №№ 1-85  проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35 |
| Владеть методикой сбора жалоб и анамнеза; физикальными методами обследования детей; методикой анализа результатов лабораторных и инструментальных методов исследования; медицинской терминологией при формулировке диагноза. | проблемно-ситуационные задачи №№ 1 – 35  практические задания №№ 1 - 12 |
| … | ПК-6  готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи | Знать - основные методы консервативного и оперативного лечения хирургических заболеваний у детей, повреждений, пороков развития;  - принципы подготовки к операции в различных возрастных группах и ведение послеоперационного периода | вопросы №№ 1-85 |
| Уметь  - обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;  - разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции;  - обосновать наиболее целесообразную технику операции при данной патологии и выполнить её схематически. | вопросы №№ 1-85  проблемно-ситуационные задачи №№ 1 – 35  практические задания №№ 13 - 16 |
| Владеть - способностью самостоятельного выполнения диагностических манипуляций и основных хирургических вмешательств у детей различного возраста, входящих в стандарт врача – детского хирурга. | проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35 |
|  | ПК-8  готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знать - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения детям с соматической патологией; принципы и основы проведения медицинской реабилитации и деятельности реабилитационных структур, критериев оценки качества реабилитационного процесса; медицинские, психологические и социальные аспекты реабилитации детей, страдающих заболеваниями пищеварительной и дыхательной системы, органов кровообращения, органов кроветворения, органов мочевой системы. | вопросы №№ 1-85 |
| Уметь - проводить отбор пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации; руководствоваться нормативно-правовыми актами, определяющими правила и порядок проведения медицинской реабилитации; проводить анализ и оценивать качество и эффективность реабилитационного процесса. | вопросы №№ 1-85  проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35 |
| Владеть - алгоритмом использования лекарственные средств и немедикаментозных методов на разных этапах лечения и реабилитации в сфере компетенции врача-педиатра; навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на санаторно-курортное лечение и реабилитацию; навыками заполнения документации при направлении пациентов на медико-социальную экспертизу. | проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35  практические задания №№ 13 - 16 |
|  | УК-1  готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать - современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у детей; клиническую картину, особенности течения осложнений заболеваний у детей; клиническую картину, требующую направления детей к врачам специалистам; медицинские показания к использованию современных методов лабораторной диагностики заболеваний у детей; медицинские показания к использованию современных методов инструментальной диагностики заболеваний у детей; клиническую картину состояний, требующих неотложной помощи детям; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем;  - клиническую картину, особенности течения осложнений заболеваний и пороков развития у детей;  - медицинские показания к использованию современных методов лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний у детей. | вопросы №№ 1-85 |
| Уметь - анализировать и интерпретировать полученную информацию от детей и их родителей (законных представителей);  - проводить и интерпретировать результаты физикального обследования детей различного возраста  - интерпретировать данные, полученные при дополнительном лабораторном и инструментальном обследованиях у детей | проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35 |
| Владеть - получением информации от детей и их родителей (законных представителей): сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания;  - первичным осмотром детей в соответствии с действующей методикой;  ­- направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи, интерпретацией полученных данных;  - постановкой диагноза | проблемно-ситуационные задачи №№ 1 - 35  практические задания №№ 13 - 16 |