

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

Кафедра детской хирургии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и воспитательной работе

 И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.



Рабочая программа дисциплины  
Детская хирургия

для студентов 6 курса,

направление подготовки (специальность)  
**31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета),**

форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры

«\_8\_» мая 2020 г.  
(протокол № \_11\_)

Разработчик(и) рабочей программы:

К.м.н., доцент кафедры А.Ю.Горшков

Зав. кафедрой  д.м.н., профессор-  
Румянцева Галина Николаевна)

Тверь, 2020

**I. Рабочая программа утверждена** на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2020г. (протокол №1)

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Научить диагностике основных хирургических заболеваний у детей различного возраста и подростков на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
- Научить студентов диагностировать развитие неотложных хирургических состояний в разные возрастные периоды детства;
- Обучить проведению лечебных мероприятий и оказанию неотложной помощи больным детям и подросткам с хирургическими заболеваниями;
- Обучить ведению отчетно-учетной документации в медицинских организациях хирургического профиля;
- участие в проведении научных исследований на кафедре, подготовки к выступлению на конференции.

### 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<b>ПК-6</b> Способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;	<b>Владеть:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.</li><li>• Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.</li><li>• Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.</li></ul> <b>Уметь:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Выстраивать и поддерживать рабочие отношения со всеми членами коллектива.</li><li>• Провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста и подростка, определить показания для лабораторного и инструментального исследования больного ребенка.</li><li>• Оценивать результаты проведенного обследования, поставить предварительный и клинический диагноз.</li><li>• Диагностировать urgentные состояния у детей и оказывать неотложную помощь.</li><li>• Назначить этиотропное и патогенетическое лечение при</li></ul>

<p style="text-align: center;"><b>ПК-8</b></p> <p><b>Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.</b></p>	<p>хирургических заболеваниях детей и подростков.</p> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения.</li> <li>• Этиологию, патогенез, диагностику клиническую картину и профилактику наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний у детей и подростков.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Работой с медицинской документацией</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценить результаты проведенного обследования;</li> <li>• Назначить этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях у детей.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <p>Методику применения этиотропных, патогенетических и симптоматических медикаментозных средств для системного и местного использования, немедикаментозных средств в лечении больных с хирургическими заболеваниями .</p>
<p style="text-align: center;"><b>ПК – 10</b></p> <p><i>Способность и готовность применять современные социально гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (акушерско-гинекологический, педиатрический сельский врачебный участок) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья женщин детей и подростков.</i></p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методом сбора анамнеза</li> <li>• Расшифровкой методик дополнительного обследования пациента.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оформлением медицинской документации - карта стационарного и амбулаторного больного хирургического профиля.</li> <li>• Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям с наиболее распространенными хирургическими заболеваниями.</li> <li>• Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи больным детям при неотложных состояниях.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний, протекающих в типичной форме у детей, подростков.</li> <li>• Особенности проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии детям и подросткам.</li> <li>• Особенности применения этиотропных и патогенетических средств в лечении больных детей с хирургическими заболеваниями.</li> </ul>

### **3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы**

Дисциплина «Детская хирургия» входит в Базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело.

. Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с больными хирургического профиля до 18 летнего возраста.

Данная дисциплина – это этап изучения основных хирургических заболеваний по принципу распределения патологии по периодам детства и органной патологии. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и умения по изученным разделам детской хирургии.

Детская хирургия непосредственно связана с дисциплинами: педиатрия, акушерство и гинекология, общая хирургия которые характеризуют возрастные анатомо-физиологические особенности ребенка, особенности здоровых и больных детей, принципы диспансеризации и профилактики хирургических заболеваний. Преподавание основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «детская хирургия» расширяются знания, навыки и умения для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «Педиатрия».

**Уровень начальной подготовки** обучающегося для успешного освоения модуля:

- *Иметь представление* о закономерностях развития ребенка, заболеваниях хирургического профиля.
- *Знать* анатомо-физиологические особенности систем органов детей в возрастном аспекте; методику обследования ребенка;

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для изучения детской хирургии:

- Анатомия человека.  
Разделы: анатомические особенности систем органов у новорожденных, детей и подростков;
- Нормальная физиология.  
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляции.
- Биология.  
Разделы: биология развития, роль наследственности и внешних факторов в эмбриогенезе, наследственность и изменчивость.
- Биологическая химия.

Разделы: обмен веществ, биохимия питания и лактации, биохимия крови, энергетический обмен.

- Гистология, эмбриология, цитология.

Разделы: эмбриогенез органов и тканей; гистологические особенности кожи, костей, подкожной клетчатки, органов пищеварения, мочеполовой системы.

- Патологическая анатомия.

Разделы: врожденные пороки развития, болезни органов дыхания, печени, почек, желез внутренней секреции.

- Патофизиология.

Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, нейроэндокринной регуляции; воспаление; патофизиология гемостаза и систем органов; шок.

- Микробиология, иммунология, вирусология.

Разделы: учение об инфекциях, иммунитете; патогенны.

- Гигиена с основами экологии человека, гигиена детей и подростков, ВГ.

Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений педиатрического профиля.

- Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка и общим уходом за детьми.

Разделы: анатомо-физиологические особенности ребенка и подростка, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов; закономерности физического развития; виды вскармливания, закономерности физического и нервно-психического развития.

- Учебная и производственная практики .

Разделы: владение навыками ухода за здоровыми и больными детьми хирургического профиля.

**4. Объём дисциплины** составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часа, в том числе 36 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 72 часов самостоятельной работы обучающихся.

### **5. Образовательные технологии**

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии способы и методы формирования компетенций:

Деловая и ролевая учебная игра, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, участие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студентов; беседы с матерями детей и подростками в хирургическом стационаре, подготовка и защита рефератов. Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к практиче-

ским занятиям, написание истории болезни, рефератов, работа в Интернете, составление программы инфузионной терапии, самостоятельное освоение раздела – эндоскопическая хирургия у детей, работа с электронными кафедральными программами.

Клинические практические занятия проводятся в отделениях стационара ГУЗ ДОКБ г. Твери.(отделение гнойной и экстренной хирургии, плановой хирургии, травматологии и ортопедии, урологии-андрологии, нейрохирургии).

## **6. Формы промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в XI семестре в форме недифференцированного зачета (оценка – зачтено / не зачтено), включающий 2 этапа: задания в тестовой форме и решение ситуационной задачи.

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **Модуль 1. Детская хирургия.**

#### **1.1. Острый аппендицит у детей.**

Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острого аппендицита у детей. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей младшей возрастной группы. Аппендикулярный инфильтрат. Перитониты аппендикулярного генеза.

#### **1. 2. Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника.**

Этиология, патогенез, классификация инвагинации у детей. Разбирается клиническая картина инвагинации, способы диагностики. Определяются показания к консервативному и хирургическому лечению инвагинации. Спаечная кишечная непроходимость.

**1.3. Пороки развития органов брюшной полости. Врожденная непроходимость кишечника.** Эмбриопатогенез пороков развития органов брюшной полости. Классификация и виды пороков. Процесс вращения средней кишки. Атрезия, внутренний стеноз, аномалии кишечного вращения, энтерокисты, кольцевидная поджелудочная железа. Патогенез, клиника, ранняя диагностика. Особенности рентгенологического обследования, Лечение. Принципы транспортировки. Пилоростеноз.

**1.4. Ожоги у детей.** Клиника, диагностика, лечение. Ожоговый шок. Оценка ожоговой травмы и классификации ожогов. Местное и общее лечение ожогов. Реабилитация. Осложнения.

#### **1.5. Острый гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей.**

Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Метаэпифизарный остеомиелит.

#### **1.6. Острая бактериальная деструктивная пневмония.**

Клиническая картина форм заболевания, классификация, диагностика, лечение.

#### **1.7. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей: панариции, флегмоны, лимфадениты, вросший ноготь.**

Вопросы этиологии, классификации, диагностики, лечения панариция, флегмоны, лимфаденита, вросшего ногтя у детей. Гнойные заболевания кожи и мягких тканей новорожденных (некротическая флегмона, мастит, омфалит, парапроктит).

#### **1.8. Патология влагалищного отростка брюшины.**

Вопросы возникновения паховых грыж и водянки оболочек яичка. Пути хирургической коррекции, оптимальные сроки лечения.

**Зачет.**





**2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций.**

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к зачету	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	практические занятия, клинические занятия	экзамен/зачет				ПК-6	ПК-8	ПК-10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.											
1.1.		4,5		4,5	9	13,5	+			Л, Э	С, КЗ
1.2.		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	ЛВ, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.3		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.4		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.5		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.6		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.7		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	ЗК, ИБ, КС	С, КЗ
1.8		4,5		4,5	9	13,5	+	+	+	Л, ЗК	С, КЗ, Т, ЗС
<b>ИТОГО:</b>	<b>0</b>			<b>36</b>	<b>72</b>	<b>108</b>					

**Список сокращений: Образовательные технологии, способы и методы :** традиционная лекция (Л), занятие – конференция (ЗК), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), экскурсии (Э). **Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости:** Т – тестирование, ЗС – решение ситуационных задач, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, С– собеседование по контрольным вопросам.

#### IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)

##### 1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

###### 1.1. Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Определение острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП)
2. История изучения ОГДП
3. Классификация ОГДП.

###### Эталон ответа:

1. ОГДП – гнойно-воспалительное заболевание легких, характеризующееся образованием в паренхиме легкого абсцессов и булл склонных к прорыву в плевральную полость.
2. Впервые данное заболевание было выделено в самостоятельную нозологическую форму в 1932 г., W. Wiskott в связи с чрезвычайной тяжестью и своеобразием клинического течения пневмонии. В 1962 г. С.Л. Либов описал пневмонии стафилококковой этиологии, которые характеризовались распадом легочной ткани, и впервые стал называть их «стафилококковые деструкции легких». В дальнейшем было установлено, что деструкции легких у детей могут быть и не стафилококковой этиологии, поэтому был предложен термин «острые гнойные деструктивные пневмонии».
3. Легочная и легочно-плевральные формы

###### 1.2. Примеры вопросов контрольной работы

1. Назовите патогномоничные симптомы инвагинации кишечника

###### Эталон ответа:

- 1) рвота;
- 2) характер болей (приступообразные)
- 3) стул в виде «малинового желе»
- 4) пальпируемый инвагинат

2. Формы деструктивного аппендицита

###### Эталон ответа:

- 1) флегмонозный
- 2) гангренозный
- 3) гангренозно-перфоративный

###### 1.3. Примеры ситуационных задач

###### Задача №1

У ребенка в возрасте 4-х недель, отмечается рвота фонтаном после каждого кормления. Количество рвотных масс превышает количество высосанного молока. Рвотные массы имеют кислый запах, примеси желчи нет. Стул жидкий, водянистый. Число мочеиспусканий 5-6 раз в сутки. Кожа сухая, тургор снижен. Живот вздут. В эпигастрии видна перистальтика желудка в виде «песочных часов». При пальпации справа от средней линии в эпигастрии пальпируется эластическое безболезненное уплотнение. Дефицит массы тела составляет 10%. Копрограмма без воспалительных изменений. В анализе крови увеличе-

ние гемоглобина, гематокрита. При контрастном рентгенологическом исследовании отмечается задержка эвакуации бария из желудка. Хирург, осматривая ребенка, упрекнул участкового педиатра в некомпетентности.

### **Вопросы.**

1. Поставьте диагноз больному.
2. Какие дополнительные методы исследования могут подтвердить данный диагноз.
3. Какие показатели лабораторных анализов характерны для данного заболевания.
4. Какие признаки УЗИ характерны для данного заболевания.
5. Какие эндоскопические признаки характерны для данного заболевания.
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Лечение данного заболевания.
8. Оцените поведение хирурга по отношению к участковому педиатру.

### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Врожденный гипертрофический пилоростеноз.
2. ФЭГДС. УЗИ. Рентгенография желудка с контрастированием.
3. Уменьшение ОЦК, увеличение гемоглобина, гематокрита, гипохлоремия, гипокалиемия, гипопропротеинемия, метаболический алкалоз.
4. Диаметр пилоруса менее 14 мм, толщина мышечного слоя более 4 мм, длина пилорического канала более 16 мм диаметром от 2,5 до 3 мм. Косвенный признак – резкое увеличение размеров желудка.
5. Просвет пилорического канала сужен, менее 5 мм в диаметре, при инсуффляции воздухом и при введении атропина расширить его не удастся, эндоскоп не проходит в луковицу двенадцатиперстной кишки.
6. Пилороспазм, псевдопилоростеноз, кишечная инфекция, дисбактериоз кишечника.
7. После предоперационной подготовки операция – пилоромиотомия по Фредерамштедту-Веберу-Краснобаеву.
8. Недопустимо критиковать коллег в присутствии родителей.

### **Задача № 2.**

Ребенка 6 лет доставили в приемное отделение хирургического стационара с укушенной раной в области правого бедра. Из анамнеза известно, что 2 часа назад ребенок был укушен собакой соседей по даче. Мальчик самостоятельно дошел домой. Родители

наложили мазевую повязку с левомеколем и доставили ребенка в больницу. При осмотре состояние ребенка стабильное, удовлетворительное. Беспокоят умеренные боли в области раны. Местно - определяется укушенная рана клиновидной формы размером 1.5 на 2 см без кровотечения по наружной поверхности правого бедра. Пальпаторно имеется отек мягких тканей вокруг раны. Функция нижней конечности не нарушена. Неврологических расстройств нижней конечности нет. Со слов мамы у ребенка имеется аллергический ринит на цветение тополей.

### **Вопросы:**

1. Определите диагноз в данном случае.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. В амбулаторных или стационарных условиях следует проводить лечение данному ребенку?
4. Какова хирургическая тактика лечения?
5. Составьте план мероприятий по профилактике бешенства. Какую документацию следует заполнять дополнительно?
6. В каком случае можно прервать условный курс вакцинации по бешенству?
7. Что следует предпринять, учитывая аллергические реакции в анамнезе?

### **Эталон ответа к задаче №2.**

1. Укушенная рана правого бедра.
2. Анализ крови клинический (время свертывания, кровотечения, тромбоциты), анализ мочи общий, группа крови и резус фактор с лабораторным подтверждением, анализ крови на сахар, анализ кала на я/глист.
3. Лечение следует начинать в хирургическом стационаре (ПХО раны, вакцинация по бешенству). При отсутствии аллергических реакций на вакцинацию и адекватное заживление раны дальнейшее лечение можно проводить амбулаторно.
4. В стерильных условиях (в операционной) под местным или общим обезболиванием проводится первичная хирургическая обработка раны - рассечение краев раны, иссечение нежизнеспособных участков тканей, ревизия и обработка антисептиками, гемостаз, послойное ушивание редкими швами с постановкой дренажа. Асептическая повязка, назначение антибиотиков широкого спектра действия. Вводят анатоксин столбнячный (АС)-0,5 мл в/м однократно.
5. Назначается условный курс вакцинации для предупреждения бешенства вакциной КОКАВ 1.0 в 0, 3, 7,14, 30 и 90 день с момента травмы. Отсылается экстренное из-

вещение в СЭС с указанием обстоятельств травмы, сведений о животном и характере травмы.

6. Курс вакцинации можно прекратить, если в течение 10 дней с момента травмы собака осмотрена ветеринарным врачом и выдано заключение об отсутствии бешенства у животного.
7. Все вакцины следует назначать после консультации педиатра; иметь препараты для купирования аллергического шока.

#### **1.4. Академическая история болезни по детской хирургии**

- Курация больных для написания учебной истории болезни осуществляется в профильном отделении ДОКБ, согласно календарно-тематическому плану занятий по дисциплине.
- История болезни должна быть написана грамотно, логически последовательно, аккуратно. Написание истории болезни требует от обучающегося, прежде всего глубокого изучения литературы по данному заболеванию, знаний и умений обследования больного, правильного формулирования диагноза и составления плана лечения.
- Форма написания учебной истории болезни – предпочтительно печатная, при отсутствии возможности – в рукописном виде, титульный лист оформляется в соответствии с образцом. Срок сдачи истории болезни – не позднее 7 дней с момента курации- конца цикла

#### **Схема академической истории болезни ребенка с хирургическим заболеванием**

1. Общие сведения о больном ребенке (паспортная часть и даты пребывания в клинике).
2. Жалобы при поступлении.
3. История настоящего заболевания.
4. История жизни.
5. Первичный статус.
6. Локальный статус.
7. Предварительный диагноз.
8. План обследования больного.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Клинический (окончательный) диагноз с сопутствующими заболеваниями и осложнениями.
11. Этиология и патогенез основного заболевания и осложнений.
12. План лечения больного.
13. Дневник истории болезни.

14. Прогноз заболевания.
15. Эпикриз.
16. Список литературы.

### **1.5. Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту**

1. Установить контакт с родителями здоровых и больных детей и подростков.
2. Владеть медицинской этикой и деонтологией.
3. Собрать анамнез жизни и заболевания ребенка..
4. Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей различного возраста.
5. Диагностировать наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания у детей и подростков и состояния, угрожающие жизни ребенка.
6. Оценить клинические и биохимические анализы крови, ликвора, анализы мочи, результаты бактериологических посевов и метода ИФА крови.
7. Оценить результаты рентгенографического исследования органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, и забрюшинного пространства, обзорной рентгенограммы брюшной полости, ирригографии, внутривенной урографии и микционной цистографии.
8. Назначить лечение при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях детей и подростков.
9. Владеть приемами определения объективных симптомов острой хирургической патологии органов брюшной полости.
10. Уметь выполнить пункцию плевральной полости на фантоме.
11. Уметь провести определение площади и степени ожога у детей.
12. Знать сроки диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и пациентами с хирургической патологией

### **1.6. Критерии оценки текущего контроля**

#### **1.6.1. Критерии оценки собеседования по контрольным вопросам**

«5» (отлично) – полный, безошибочный ответ, правильно определены понятия и категории, обучающийся свободно ориентируется в теоретическом материале.

«4» (**хорошо**) – обучающийся в целом справляется с ответом на контрольные вопросы, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (**удовлетворительно**) – поверхностное владение теоретическим материалом, обучающийся допускает ошибки при ответе на контрольные вопросы.

«2» (**неудовлетворительно**) – обучающийся не владеет теоретическим материалом в нужном объеме, делает грубые ошибки при ответе на контрольные вопросы.

#### **1.6.2. Критерии оценки ответа на вопросы контрольной работы**

«5» (**отлично**) – полный, безошибочный ответ, правильно определены понятия и категории, обучающийся свободно ориентируется в теоретическом материале.

«4» (**хорошо**) – обучающийся в целом справляется с ответом на вопросы контрольной работы, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (**удовлетворительно**) – поверхностное владение материалом, обучающийся допускает ошибки при ответе на вопросы контрольной работы.

«2» (**неудовлетворительно**) – обучающийся не владеет материалом в нужном объеме, делает грубые ошибки при ответе на вопросы контрольной работы.

#### **1.6.3. Критерии оценки решения ситуационной задачи**

«5» (**отлично**) – выставляется за полное, безошибочное решение ситуационной задачи.

«4» (**хорошо**) – в целом ситуационная задача решена, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (**удовлетворительно**) – допущены отдельные ошибки при решении ситуационной задачи.

«2» (**неудовлетворительно**) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, ситуационная задача не решена или решена не верно.

#### **1.6.4. Критерии оценки академической истории болезни**

«5» (**отлично**) – работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов детской хирургии. Грамотно проведена дифференциальная диагностика с другими нозологиями.

«4» (**хорошо**) – работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы лечения, допуская несущественные ошибки или неточности.

«3» (**удовлетворительно**) – работа отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, трактовке симптомов, методах диагностики и/или лечения.

«2» (**неудовлетворительно**):

- нарушена структура изложения материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное оформление работы требует поправок, коррекции;

- в истории болезни студент описывает фрагментарно результаты клинического обследования больного, без осмысления связей между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики и лечении пациента;
- содержание истории болезни отражает патологию курируемого больного, но при этом видна низкая степень осмысления и познания сути данной патологии;
- содержание история болезни не отражает патологии курируемого больного.

### **1.6.5. Критерии оценки владения практическими навыками**

#### **Оценка «Зачтено»:**

- Обучающийся безошибочно выполняет демонстрацию и описание практического навыка, свободно ориентируется в практическом материале;
- При описании и демонстрации практических навыков допущены отдельные неточности;
- При недостаточно полном описании и демонстрации практических навыков, при наличии несущественных ошибок при описании и демонстрации практических навыков.

#### **Оценка «Не зачтено»:**

- Выставляется в случае отсутствия необходимых практических знаний по теме, практические навыки не выполнены.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **а). Основная литература:**

Подкаменев В.В. Хирургические болезни у детей [Текст]: учебное пособие. - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2012.-431 с.

Детская хирургия [Текст] : учебник / ; Ред. Ю. Ф. Исаков, А. Ю Разумовский. – Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 . – 1036.

#### **б). Дополнительная литература:**

Хирургические заболевания репродуктивных органов мальчиков и подростков [Текст]: учебное пособие / Г.Н.Румянцева [и др.]; Тверской гос. мед.ун-т. – Тверь: ТГМУ, 2018. – 120 с.

Дронов А.Ф. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями [Текст]: учебное пособие/ А.Ф. Дронов, А.И. Ленишкин, В.В. Холостова. – 2-е изд. перераб. и доп. - Москва: Альянс, 2014. – 219 с.

Румянцева, Г.Н. Атрезия тонкой кишки у новорожденных [Текст]:методические рекомендации \ Тверская гос. мед.акад.\ Г.Н.Румянцева, Д.Г.Галахова, Ю.Г.Портенко. Тверь: [б.и.], 2012. – 33 с.

Румянцева, Г.Н. Врожденный вывих бедра [Текст]: учебное пособие\Тверская гос. мед.акад.\ Г.Н.Румянцева, Л.В. Рассказов, В.В.Мурга, А.А.Юсуфов, Н.А.евдокименко, Е.В.Попова; ред Л.В. Рассказов. - Тверь: [б.и.], 2011. – 32 с.

Гастрошизис [Текст]: учебно-методическое издание \Тверская гос. мед.акад.\ Г.Н.Румянцева, Д.Г.Галахова, Ю.Г.Портенко, В.В.Светлов. - Тверь: [б.и.], 2010. – 40 с.



### **в). Электронные образовательные ресурсы:**

Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ под ред Н.О.Миланова, Ю.В.Бирюкова, Г.В.Синявина. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 440 с.

### **2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

#### **Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));

Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>.

### **4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

#### **4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

1. MicrosoftOffice 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAVTestOffice-Pro.

#### **4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));

2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru);

3. Электронная библиотечная система eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>).

## **VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине приведено в приложении № 3.

## **VII. Научно-исследовательская работа студента**

Виды научно-исследовательской работы обучающихся, используемые при изучении дисциплины «Детская хирургия»:

- изучение специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки и техники;
- участие в проведении научных исследований;
- осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научно-технической информации по теме (заданию);
- подготовка и выступление с докладом на конференции;
- подготовка к публикации статьи\тезисов.

## **VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами**

- Анатомия, оперативная хирургия, общая хирургия;
- Педиатрия.

## **IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**

Представлены в Приложении № 4

### **Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**

**для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

#### **ПК-6**

**«Способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра».**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

### **Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ФОРМЫ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ
  - а костная
  - б олигодактилия
  - в кожная
  - г фалнговая
  - д перепончатая
  - е суставная
  - ж диафизарная
  - з концевая

2. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОЙ РЕФЛЮКС ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДАМИ
- а УЗИ внутренних органов
  - б фиброгастроскопии
  - в рентгенографией контрастной
  - г рентгенографией в положении Тренделенбурга
  - д ирригографии
  - е компьютерной томографии
3. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО 5 ДНЕЙ С СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПОХОЛИ ВКЛЮЧАЕТ
- а обзорную рентгенографию брюшной полости
  - б клинический осмотр
  - в УЗИ
  - г клинические и биохимические анализы
  - д экскреторную урографию
  - е компьютерную томографию
- 4 У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ ВЫЗЫВАЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ
- а стафилококк
  - б стрептококк
  - в протей
  - г синегнойная палочка
  - д клебсиелла
  - е анаэробы

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Задача .**

Мальчик 10 лет, болел 3-е суток. Заболел остро на фоне переносимого ОРВИ, когда появились боли в животе. По поводу ОРВИ за медицинской помощью не обращались, принимали жаропонижающие препараты, «ТерраФлю» по 1 пакетик 3 раза в день. На фоне проводимого лечения у ребенка резко заболел живот, отмечалась однократная рвота, подъём температуры до 38,5 С. Боли носили постоянный, ноющий характер. Ребёнок стал вялым, адинамичным, спал плохо из-за болей в животе, постоянно хотел пить. Отмечался многократный жидкий стул со 2-х суток. Родители вызвали врача на дом. Ребенок был осмотрен, выставлен диагноз: ОРВИ, гастроэнтероколит, предложена госпитализация в инфекционное отделение, от которой родители категорически отказались. По рекомендации врача ребёнку давали антибиотики и обезболивающие препараты. Так как состояние ребёнка не улучшалось, беспокоили постоянные боли в животе, родители доставили его в приёмное отделение хирургического стационара. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, Т-38,5 С. Кожные покровы бледные, слизистые сухие. Пульс-120 в минуту. Живот не вздут, при пальпации живота в правой подвздошной области определяется болезненность, умеренное напряжение мышц,

пальпируется плотное образование без чётких границ. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. По данным УЗС брюшной полости в малом тазу небольшое количество жидкости, в правой подвздошной области визуализируется эхоразнородное образование 54+62 мм, состоящее из петель кишечника; лимфоузлы до 16 мм, сосудистый рисунок усилен. В анализе крови: лейкоциты 15,7, палочкоядерные нейтрофилы-16, сегментоядерные-34.

#### ВОПРОСЫ

1. Поставьте предположительный диагноз больному.
2. Составьте план обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Интерпретация заключения УЗС.
5. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
6. Лечебная тактика.
7. Возможные осложнения при данной патологии, их лечебная тактика.
8. Оцените действия педиатра.

#### Эталон ответа к задаче.

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, пальцевое ректальное исследование, УЗИ брюшной полости.
3. Дифференциальная диагностика: гастроэнтероколит, копростаз, ОРВИ с абдоминальным синдромом.
4. Заключение УЗС – аппендикулярный инфильтрат, состоящий из петель тонкого кишечника, слепой кишки, имеется выпот в малом тазу.
5. Диагноз поставлен на основании: анамнеза заболевания – боли в животе постоянного характера, рвота, жидкий стул, прием антибиотиков, обезболивающих препаратов; объективного осмотра – болезненное образование в правой подвздошной области, при ректальном исследовании – на высоте пальца болезненное образование; по данным УЗС – эхопозитивное образование.
6. Ребёнку показана госпитализация, постельный режим. Назначение антибиотиков широкого спектра действия. Показана инфузионная терапия для компенсации интоксикации и обезвоживания. Консультация педиатра для исключения другой сопутствующей патологии. Анализ крови в динамике. При стабильном удовлетворительном состоянии (через 3-4 недели)-выписка. Плановое оперативное лечение через 3-6 месяцев.

7. Абсцесс, разлитой гнойный перитонит. Показано оперативное лечение по срочным показаниям. Доступы: косопоперечный, срединная лапаротомия, лапароскопия.

8. Ребенку было показана срочная консультация хирурга, врач не дооценил состояние пациента и не настоял на немедленной госпитализации пациента.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

### **Вопрос**

#### **Техника выполнения иммобилизации при переломах верхних конечностей.**

Мальчик 12 лет поступил через 1.5 часа с момента травмы. Известно, что травму получил во время игры в футбол во дворе школы после уроков. Скорой медицинской помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара с транспортной иммобилизацией шиной Крамера. Вводились анальгетики: анальгин 50%-0.5 мл.

Димедрол 1%-0.5 мл.

На рентгенограмме определяется разгибательный чрезмыщелковый перелом правой плечевой кости со смещением.

Поставьте диагноз.

1. Определите тактику дальнейших мероприятий.
2. Какой уровень конечности подлежит гипсовой иммобилизации?
3. Достаточный ли объем анальгетиков определен врачом скорой помощи?

Ответ

Под иммобилизацией понимают фиксацию конечности при переломах с помощью гипсовой повязки. В остром периоде травмы, после репозиции перелома накладывают гипсовую повязку в виде лонгета, охватывающего 2/3 окружности конечности. Повязку накладывают с фиксацией двух смежных суставов и оставлением дистальных участков пальцев кисти для контроля состояния конечности. Ранним и грозным осложнением лечения гипсовой повязкой является сдавление конечности: отек дистальных участков конечности, синюшность кожных покровов, нарушение чувствительности и подвижности. Для предупреждения этого осложнения обязательным моментом является ослабление гипсовой повязки на следующие сутки. Края лонгета разводят не вынимая конечность, затем укрепляют циркулярными турами марлевого бинта.

Накладывают гипсовую повязку в среднем физиологическом положении конечности: локтевой сустав согнут под углом 90°, кисть находится в нейтральном положении между пронацией и супинацией.

Обеспечение:

- Гипсовый лонгет.
- Марлевые бинты
- Фабричные гипсовые бинты.

### **Фонды оценочных средств**

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

#### **ПК-8**

**«Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами».**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ПРИ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЛАПАРОСКОПИИ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ОБУЧИТЬ СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ ДЫХАНИЯ
  - 1 грудному
  - 2 брюшному
  - 3 смешанному
  
2. МЕТОДЫ ВЫБОРА ПРИ ЛИЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ
  - а полихимиотерапия
  - б короткофокусная рентгенотерапия
  - в криогенное воздействие
  - г хирургическое удаление
  - д склерозирующее
  - е гормональное
  - ж эндоваскулярная хирургия
  
4. РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
  - 1 линейной периостальной реакции
  - 2 нечеткостью структуры костных балок
  - 3 наличием очагов деструкции
  - 4 расширением суставной щели
  - 5 игольчатым периоститом
  - 6 наличием периостального козырька
  - 7 с-ма "луковичной кожуры"

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Задача.**

В центр хирургии новорожденных ДОКБ г. Твери поступил новорожденный от 2-ой беременности, родившийся в 32 недели с весом 2600 г. У матери отмечалось многоводие, хронический пиелонефрит, по поводу которого во время беременности проводилось лечение. У ребенка с первых суток жизни отмечается обильная рвота с зеленью, усиливающаяся после кормления. Меконий не отходит. При осмотре живота отмечается вздутие в эпигастральной области, нижние отделы живота запавшие. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный. В течение первых суток отмечено отсутствие мочеиспускания. При ультразвуковом исследовании отмечается повышенная эхогенность почечной паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы правой почки и мочеточника, в мочевом пузыре небольшое количество мочи. Ребенка перевели в детский хирургический стационар.

Транспортировка осуществлялась медицинской сестрой, обычной машиной скорой помощи. Матери сообщили, что она родила ребенка с пороками развития, который для обследования и лечения переведён в центр хирургии новорожденных детской областной больницы г. Твери.

Вопросы:

- 1) Какое заболевание можно предположить у ребенка?
- 2) О каких сопутствующих заболеваниях может идти речь?
- 3) Составьте план обследования ребенка.
- 4) Какое лечение показано ребенку по поводу основного заболевания?
- 5) Как может повлиять сопутствующее заболевание на выбор и сроки проведения лечебных мероприятий основной патологии?
- 6) Врачей, каких специальностей следует привлечь к обследованию и лечению ребенка сразу после поступления в детскую хирургическую клинику?
- 7) Оцените правильность проведения транспортировки новорожденного.
- 8) Были ли деонтологические ошибки в ведении данного больного?

**Эталон ответа к задаче.**

1. Высокая врожденная кишечная непроходимость.
2. Порок развития мочевой системы: врожденный правосторонний уретерогидронефроз. Нарушение уродинамики вызванное пороком развития и возможное внутриутробное инфицирование может привести к развитию у ребенка вторичного пиелонефрита.
3. Общеклинические: Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и Rh - фактора.  
Специальные: обзорная Rg – графия брюшной полости, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. По показаниям контрастная рентгенограмма брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия.  
Дополнительные: УЗИ сердца, головного мозга.
4. Ребенку показано срочное оперативное лечение, целью которого является восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта.
5. Сопутствующая патология должна учитываться при подготовке ребенка к операции и ведению п/о периода. Оперативное вмешательство следует начинать при восстановлении адекватного диуреза.
6. Детский хирург, детский реаниматолог, детский анестезиолог, неонатолог, детский уролог, детский кардиолог, детский невролог.

7. Транспортировка новорожденного с врожденной кишечной непроходимостью должна осуществляться на реанимобиле для новорожденных, врачом реаниматологом. Обязательным условием транспортировки является наличие зонда в желудке.

8. Допущены деонтологическая и юридическая ошибки. Следовало подробно объяснить матери какое заболевание заподозрено у ребенка, какая лечебная тактика при данной патологии. Следовало получить письменное информированное согласие на проведение инвазивных диагностических исследований и оперативное лечение.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

**Вопрос.**

**Показания и техника проведения первичной хирургической обработки раны.**

Ребенок Н., 8 лет, за 2 часа до поступления в хирургический стационар дома стеклом порезал правую кисть. Доставлен скорой медицинской помощью с давящей повязкой. При осмотре в приемном покое определяется резаная рана по ладонной поверхности кисти в основании 2-3 пальцев размером 1.5 на 3 см. Признаков продолжающегося кровотечения нет.

1. Составьте план дальнейших мероприятий.
2. Какие элементы включает первичная хирургическая обработка?
3. Следует ли проводить активную профилактику столбняка, в каком объеме?
4. Назовите показания к дренированию раны.
5. Следует ли использовать последующую иммобилизацию конечности?

Рана – нарушение целостности кожных покровов и подлежащих образований в результате травматического воздействия. Раны подразделяются по механизму образования (резаные, колотые, размозженные, укушенные, огнестрельные и др.). По степени инфицированности (асептические, условно инфицированные и условно неинфицированные).

Все раны подлежат хирургической обработке. В зависимости от сроков с момента травмы различают первичную и вторичную хир. обработку. Швы первичные, первично-отсроченные и провизорные.

В ходе первичной хирургической обработки выполняют:

1. Рассечение;
2. Иссечение;
3. Обработку антисептиками;
4. Гемостаз;
5. Ушивание раны.

Материальное обеспечение:

- Набор хирургического инструментария
- перевязочный материал
- Шовный материал.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**



## ПК-10

### «Способность к профилактике основных хирургических заболеваний у детей».

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

#### **Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ТОЛЬКО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
  - а поднадкостничный перелом
  - б апофизеолиз
  - в вывих головки бедренной кости
  - г подвывих головки лучевой кости
  - д эпифизеолиз и остеоэпифизеолиз
  - е перелом шейки бедренной кости
  - ж перелом головки лучевой кости
  
- 2.ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ
  - 1 До 3-х лет
  - 2 До 9-10 лет
  - 3 После 9-10 лет
  
- 3.ДЛЯ ОЖОГА ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
  - а Гиперемия кожи в области поражений
  - б Образование пузырей с серозной жидкостью
  - в Выраженная болезненность
  - г Отечность
  - д Потеря функции
  - е Коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы
  - ж Явления ожогового шока
  - з Поражение фасций, сухожилий и мышц
  - и Обугливание тканей

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

#### **Задача.**

У ребёнка шести лет, который 2 года назад был оперирован по поводу деструктивного аппендицита, местного перитонита, появились приступообразные, интенсивные боли в животе. Отмечалась рвота съеденной пищей, стула не было, газы не отходят. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, слизистые суховаты, пульс-120 уд. в мин. Живот подвздут в верхних отделах, мягкий, болезненный в области послеоперационного рубца, симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный, перистальтика дискоординированная. Ребенок был осмотрен педиатром - с диагнозом гастродуоденит оставлен дома, однако состояние больного ухудшалось, в последующем доставлен в хирургический стационар. На просьбу матери ребенка о необходимости консультации у детского хирурга педиатр ответил категорическим отказом. При УЗИ брюшной полости определяется расширение петель толстого кишечника,

маятникообразная перистальтика. На обзорной рентгенограмме выявлены множественные уровни в нижних отделах живота.

#### ВОПРОСЫ

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?
2. Какова тактика участкового педиатра в отношении больного?
3. Какие обследования необходимо выполнить больному?
4. Какова лечебная тактика в отношении больного?
5. Оцените данные УЗИ, рентгенографии брюшной полости.
6. Проведите дифференциальный диагноз с копростазом?
7. Оцените действия педиатра.
8. Принципы профилактики данного заболевания?

#### Эталон ответа к задаче.

1. Поздняя спаечная кишечная непроходимость.
2. Направить больного в хирургический стационар по экстренным показаниям.
3. Обзорная рентгенография, УЗИ брюшной полости, пальцевое ректальное исследование, лабораторное обследование.
4. Промывание желудка с оставлением назогастрального зонда, постановка клизмы, инфузионная терапия, стимуляция кишечника, введение спазмолитиков. При отсутствии положительной динамики в состоянии больного от консервативной терапии, проводимой в течение 6 часов показано оперативное лечение.
5. По данным УЗИ брюшной полости имеются чаши Клойбера, что свидетельствует о непроходимости кишечника. В данном случае причиной поздней спаечной непроходимости является спаечный процесс в брюшной полости. Данные УЗИ брюшной полости свидетельствуют о наличии механического препятствия, выше которого определяется расширение участка кишки, маятникообразная перистальтика кишечника является достоверным признаком спаечной кишечной непроходимости.
6. После очистительной клизмы состояние ребенка с положительной динамикой при отхождении стула, рвоты не отмечается, боли в животе не беспокоят.
7. Поскольку в анамнезе у ребенка имеется операция на органах брюшной полости, врач педиатр обязан был без промедления направить ребенка в хирургический стационар, не дожидаясь ухудшения состояния.
8. После первого оперативного вмешательства проводится курс противоспаечной терапии (физиолечение, купренил, вобэнзим), через 3 месяца – УЗС брюшной полости с целью выявления спаек, при наличии – в плановом порядке лапароскопический адгезиолизис.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

#### Вопрос

**Транспортная иммобилизация позвоночника.**

Ребенок 6 лет во дворе дома упал с дерева с высоты 3 метров на землю. Падение пришлось на область шеи. Врачом бригады скорой медицинской помощи ребенок обнаружен в тяжелом состоянии, сознание спутано. При осмотре определяется выраженный мышечный валик в области шеи, движения головы резко болезненны. Грубых неврологических нарушений нет. Бригадой была наложена транспортная иммобилизация на область шеи, введены анальгетики. Ребенок был транспортирован в приемный покой детской больницы.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой вариант транспортной иммобилизации шейного отдела позвоночника Вы можете предложить, используя две лестничные шины Крамера?
3. Какие сопутствующие повреждения могут иметь место? Что необходимо сделать для их диагностики?

Травма позвоночника является редкой, но достаточно тяжелой травмой костной системы. Особое место имеет повреждение шейного отдела позвоночника, т.к. сопряжено с опасными осложнениями. Постановке диагноза служит обстоятельства травмы (падение с высоты, удар и др.). Клинически определяется локальная болезненность, вынужденное положение пострадавшего. Возможна деформация на уровне перелома, напряжение мышц на уровне травмы.

Для транспортировки пострадавшего используют транспортную иммобилизацию. Шейный отдел можно фиксировать двумя шинами Крамера: одна шина - через голову с опорой на оба надплечья; вторая - по теменной и затылочной области с переходом в межлопаточную область. Грудной и поясничные отделы позвоночника чаще фиксируют уложив пострадавшего на щит, жесткие носилки. Следует дифференцировать травму костной системы от нейротравмы.

Приложение № 3

### Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
детская хирургия

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебная комната №1	Ноутбук, телевизор
2	Учебная комната №2	DV –плеер
3	Учебная комната №3	Компьютер
4	Лекционный зал	Проектор, ноутбук

\*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

