

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

Кафедра детской хирургии

Рабочая программа дисциплины

Б1.О.59 Детская хирургия

для обучающихся 5, 6 курса,

специальность

31.05.02 Педиатрия,

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	7 з.е. / 252 ч.
в том числе:	
контактная работа	163 ч.
самостоятельная работа	89 ч.
Промежуточная аттестация	Экзамен / XI семестр

Тверь, 2026

Разработчик: доцент кафедры детской хирургии, к.м.н. А.Ю. Горшков, доцент кафедры детской хирургии, к.м.н. Т.Д. Щелоченкова

Внешняя рецензия дана заместителем главного врача по хирургии ГБУЗ ДОКБ г.Тверь к.м.н. Портенко Ю.Г.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры детской хирургии «17» мая 2026г. (протокол № 10)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «27» мая 2026 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2026 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденный Приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 965, 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	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ПК-1. Способен обследовать детей с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.	ИД ПК-1.1 Проводит сбор данных о состоянии ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребёнком (возраст родителей, вредные привычки, профессиональные вредности, социально-гигиенические условия)	Знать : -методику сбора данных о родственниках пациента Уметь: -получать информацию о родителях ребенка Владеть : -сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания родителей ребенка
	ИПК-1.2 Собирает анамнез жизни ребёнка, проводит оценку физического и психомоторного развития в динамике, начиная с рождения	Знать : -методику сбора данных анамнеза жизни Уметь: - собирать анамнез жизни ребенка Владеть : - проведенем оценки физического и психомоторного развития
	ИПК-1.3 Собирает информацию о перенесённых заболеваниях и хирургических вмешательствах, сроках проведения профилактических прививок и	Знать : -принципы сбора информации оперенечессых заболеваниях Уметь: - собирать информацию о перенесенных заболеваниях

	диагностических тестов, постпрививочных реакций ИПК-1.4 Оценивает общее состояние ребёнка, его самочувствие, состояние органов и систем; выявляет состояния, требующие оказания неотложной помощи детям ИПК-1.5 Осуществляет направление ребёнка на лабораторное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, протоколами, стандартами и порядками оказания медицинской помощи ИПК-1.6 Проводит диагностику заболеваний у детей с учётом особенностей течения по возрастам ИПК-1.7 Интерпретирует результаты инструментального и лабораторного обследования ребёнка	Владеть : - методом сбора информации о перенесенных заболеваниях Знать : - принципы оценки общего состояния ребенка Уметь: - определять общее состояние Владеть : - методом определения общего состояния, самочувствие ребенка Знать : - принципы маршрутизации пациента, согласно клиническим рекомендациям, протоколам, стандартам Уметь: - осуществить направление ребенка на диагностическую процедуру Владеть : - методикой маршрутизации пациента Знать : - диагностику заболеваний Уметь: -проводить диагностику Владеть : - методом проведения диагностики заболеваний у детей Знать : - интерпретацию результатов инструментального и лабораторного обследования ребёнка Уметь: - интерпретировать результаты Владеть : - методикой интерпретации результатов
ПК -3. Способен назначить лечение детям при острых и хронических заболеваниях и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ИПК-3.1. Осуществляет выбор оптимальных методов лечения с учетом знаний о правилах, способах введения, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозах и продолжительности приема при различных заболеваниях. ИПК-3.2. Обладает тактикой ведения и лечения пациентов с	Знать: - оптимальные методы лечения с учетом знаний о правилах, способах введения, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозах и продолжительности приема при различных заболеваниях. Уметь: -осуществлять выбор оптимальных методов при различных заболеваниях Владеть: - методами лечения заболеваний Знать: - тактику ведения и лечения пациента

	различными заболеваниями с оценкой эффективности проведенной терапии	Уметь: - определять тактику ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями с оценкой эффективности проведенной терапии Владеть: - методиками лечения пациента - назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии ребенку, обоснование назначения хирургического лечения.
--	--	---

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Детская хирургия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. 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.
Разделы: анатомические особенности систем органов у новорожденных, детей и подростков;
- Нормальная физиология.
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляции.
- Медицинская биология и генетика.
Разделы: биология развития, роль наследственности и внешних факторов в эмбриогенезе, наследственность и изменчивость.
- Биохимия.
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, клиническая патологическая анатомия.
Разделы: врожденные пороки развития, болезни органов дыхания, печени, почек, желез внутренней секреции.

- Патофизиология, клиническая патофизиология
Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, нейроэндокринной регуляции; воспаление; патофизиология гемостаза и систем органов; шок.
- Микробиология, иммунология, вирусология.
Разделы: учение об инфекциях, иммунитете; патогенны.
- Гигиена.
Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений педиатрического профиля.
- Профилактика детских болезней.
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 7 зачетных единиц, 252 академических часа, в том числе 163 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 89 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 практическим 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 экзамена, включающего 3 этапа: задания в тестовой форме, оценка владения практическими навыками (рентгенограммы) и решение ситуационной задачи.

II. Учебная программа дисциплины

Модуль 1. Введение в специальность. Гнойная и экстренная хирургия.

5 курс осень 8 занятий.

1.1 Введение в специальность.

История развития детской хирургии в России. (Основоположники детской хирургии С.Д.Терновский, С.Я. Долецкий, Ю.Ф. Исаков). Перспективы развития детской хирургии. Структура и оснащение детского хирургического стационара. Осмотр ребенка с хирургической патологией. Дополнительные методы обследования ребенка с хирургическими заболеваниями (лабораторные, инструментальные).

1.2 Острый аппендицит у детей.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острого аппендицита у детей. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей младшей возрастной группы.

1.3 Аппендикулярный перитонит у детей.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и принципы лечения перитонитов у детей.

1.4 Инвагинация кишечника.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и принципы лечения инвагинации кишечника у детей.

1.5 Острый гематогенный остеомиелит.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и принципы лечения острого гематогенного остеомиелита длинных трубчатых костей у детей. Особенности метаэпифизарного остеомиелита у детей младшей возрастной группы.

1.6 Острая бактериальная деструктивная пневмония.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и принципы лечения бактериальной деструктивной пневмонии у детей.

1.7 Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (фурункул, абсцесс, флегмона, лимфаденит, панариций, вросший ноготь у детей, нелактационный мастит).

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

1.8 Хирургическая инфекция у новорожденных: гнойно-воспалительные заболевания кожи, подкожно-жировой клетчатки и мягких тканей (некротическая флегмона, мастит, омфалит, парапроктит).

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Модуль 2. Травматология-ортопедия детского возраста.

5 курс весна 8 занятий.

2.1 Диагностика и принципы консервативного лечения переломов костей конечностей у детей.

Типичные переломы детского возраста, особенности репозиции и иммобилизации, правила лечения гипсовой повязкой.

2.2 Травма позвоночника у детей.

Клиника, классификация, консервативная и оперативная тактика лечения.

2.3 Оперативное лечение переломов костей конечностей у детей.

Виды остеосинтеза в детской травматологии. Малоинвазивные методы остеосинтеза.

2.4 Политравма у детей. Комбинированные и сочетанные повреждения.

Тактика оказания помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Профилактика осложнений.

2.5 Деформации позвоночника у детей.

Нарушение осанки, сколиоз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, ранняя клиническая и лучевая диагностика, дифференциальная диагностика, современные принципы консервативного и оперативного лечения.

2.6 Врожденный вывих бедра.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, ранняя клиническая и лучевая диагностика, современные принципы консервативного и оперативного лечения.

2.7 Врожденная мышечная кривошея. Врожденная косолапость.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, ранняя клиническая и лучевая диагностика, современные принципы консервативного и оперативного лечения.

2.8 Современные технологии в травматологии и ортопедии детского возраста.

Артроскопия, аппаратно-хирургическая коррекция врожденных и посттравматических деформаций, использование навигационных и компьютерных технологий в лечении переломов у детей.

Модуль 3. Врожденные пороки развития у детей

6 курс осень 8 занятий.

3.1 Семиотика пороков развития грудной и брюшной полости.

Тактика врача неонатолога и детского хирурга. Пренатальная и постнатальная диагностика. Принципы транспортировки. вращение средней кишки в эмбриогенезе. Синдромология в детской хирургии (VATER – ассоциация и другие).

3.2 Пороки развития и заболевания пищевода.

Атрезия пищевода, врожденный трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, желудочно-пищеводный рефлюкс. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

3.3 Врожденная непроходимость кишечника.

Атрезия, внутренний стеноз, аномалии кишечного вращения, энтерокисты, кольцевидная поджелудочная железа. Этиология, патогенез, классификация, клиника, ранняя диагностика. Особенности рентгенологического обследования. Лечение. Принципы транспортировки.

3.4 Гастрошизис. Омфалоцеле

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

3.5 Аноректильные пороки.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Острые процессы в брюшной полости на фоне пороков развития ЖКТ.

3.6 Диафрагмальные грыжи.

Классификация врожденных диафрагмальных грыж. Клиника, Диагностика. Рентген - диагностика. Принципы транспортировки. Лечение.

3.7 Болезнь Гиршпрунга у детей. Хронические запоры у детей.

Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3.8 Пороки развития легких.

Агенезия и аплазия легкого, гипоплазия легкого, врожденная эмфизема, киста легкого, легочная секвестрация. Бронхоэктатическая б болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Промежуточная аттестация -Экзамен

Модуль 4. Избранные вопросы амбулаторной и госпитальной хирургии детского возраста.

6 курс весна 12 занятий.

4.1 Осложненные формы острого аппендицита

Аппендикулярный инфильтрат, абсцедирующие формы перитонита, абсцессы брюшной полости.

4.2 Хирургия селезенки у детей

Травма селезенки. Кисты. Абсцессы. Аномалии развития.

4.3 Желудочно-кишечные кровотечения у детей.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

4.4 Химические ожоги пищевода у детей.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

4.5 Термическая травма у детей

Ожоги тела. Обморожение.

4.6 Инородные тела трахеобронхиального дерева и ЖКТ.

Клиника. Диагностика. Лечение.

4.7 Гинекологическая патология в практике детского хирурга.

Нозология, дифференциальная диагностика. Междисциплинарное взаимодействие.

4.8 Патология влагалищного отростка брюшины.

Вопросы возникновения паховых грыж и водянки оболочек яичка. Пути хирургической коррекции, оптимальные сроки лечения. Ущемленная паховая грыжа у детей.

4.9 Принципы работы детского хирурга поликлиники.

Возраст и сроки диспансеризации. Кабинет детского хирурга поликлиники. Медицинская документация, нозологии.

4.10 Раны и раневые инфекции. Панариций. Лимфаденит. Эпителиальные копчиковые погружения.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

4.11 Гемангиома, лимфангиома.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

4.12 Особенности онкологии детского возраста.

Опухоли грудной, брюшной полости и забрюшинного пространства. Тератомы.

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 контак тную работу	Самостоят ельная работа студента, включая подготовк у к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемост и
	лекции	практические занятия, клинические практические занятия	экзамен/зачет				ПК-1	ПК-3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12
1.										
1.1.	2	4		6	2	8	+		Л, Э, ВК	С, КЗ
1.2.	2	4		6	2	8	+	+	ЛВ, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.3	2	4		6	2	8	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.4	2	4		6	2	8	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.5		4		4	2	6	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.6	2	4		6	2	8	+	+	Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.7	2	4		6	2	8	+	+	ЗК, ИБ, КС	С, КЗ
1.8	2	3		5	2	7	+	+	Л, ЗК	С, КЗ,Д
2.										
2.1	2	3		5	2	7	+	+	Л,Э,ЗК,КС	С, КЗ,КЛ
2.2	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.3		3		3	2	5	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.4	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.5	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КР,Т
2.6	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС,Э	С, КЗ,КЛ
2.7	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.8		3		3	2	5	+	+	ЗК,КС	С, КЗ
3.										

3.1	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
3.2		3		3	2	5	+	+	ЗК,КС	С, КЗ
3.3	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
3.4		3		3	2	5	+	+	Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ
3.5	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ
3.6		3		3	2	5	+	+	Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ,ИБ
3.7	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ,ИБ
3.8	2	3		5	2	7	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ,ИБ
4.										
4.1	2	3		5	1	6	+	+	ЗК,КС	С
4.2		3		3	1	4	+	+	ЗК,КС	С,ЗС
4.3	2	3		5	1	6	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.4		3		3	1	4	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.5	2	3		5	1	6	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.6		3		3	1	4	+	+	ЗК,КС	С, КЗ
4.7	2	3		5	1	6	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.8		3		3	1	4	+	+	ЗК,КС	С, КЗ
4.9	2	3		5	1	6	+	+	Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.10		3		3	2	5	+	+	ЗК,КС	С, КЗ
4.11	2	3		5	1	6				
4.12		3		3	2	5				
Экзамен					27	27				
ИТОГО:	48	115		163	89	252				

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), посещение врачебных конференций, консилиумов (ВК), экскурсии (Э).

Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости: Т – тестирование, ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, С– собеседование по контрольным вопросам.

III. 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%. Кoproграмма без воспалительных изменений. В анализе крови увеличение 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, гипопроteinемия, 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 удается, эндоскоп не проходит в луковицу двенадцатиперстной кишки.
6. Пилороспазм, псевдопилоростеноз, кишечная инфекция, дисбактериоз кишечника.
7. После предоперационной подготовки операция – пилоромитомия по Фредерикс-Рамшtedту-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 извещение 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- конец 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.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (ЭКЗАМЕН)

Каждый этап экзамена (задания в тестовой форме, практические навыки – оценка рентгенограмм и решение ситуационной задачи) по дисциплине «Детская хирургия» является равнозначным, при этом итоговая оценка «**Зачтено**», может быть выставлена только при получении оценки «**Зачтено**» по каждому из этапов промежуточной аттестации, в противном случае выставляется оценка «**Не зачтено**».

2.1. Пример заданий в тестовой форме 1-го уровня сложности

Задание: выбрать один или несколько правильных ответов.

1 СИНДРОМ РВОТЫ МОЛОКОМ ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТАМИ АНАЛИЗОВ:

- а метаболический ацидоз
- б смешанный ацидоз
- в метаболический алкалоз
- г смешанный алкалоз
- д КЩС в норме
- е гипокалиемия
- ж гипонатриемия
- з калий в норме
- и гипохлоремия
- к гиперхлоремия

2 КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а Острое внезапное начало
- б Периодическое резкое беспокойство
- в Застойная рвота
- г Рефлекторная рвота
- д Живот мягкий
- е Живот болезненный напряженный
- ж Стула нет, ампула ректум пустая
- з Выделение крови из прямой кишки
- и Перистальтика не выслушивается
- к Жидкий стул с прожилками крови
- л Гипертермия

3 ХРОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а геморрагической болезни новорожденных
- б портальной гипертензии
- в язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- г стрессовых язвах
- д неспецифическом язвенном колите
- е Меккелевом дивертикуле
- ж ангиоматозе кишечника
- з полипе прямой кишки
- и полипозе кишечника

- к рефлюкс-эзофагите
- л трещинах слизистой заднего прохода

4. ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ СВЯЗАНА С

- а Необлитерированным вагинальным отростком брюшины
- б Гиперпродукцией водяночной жидкости
- в Нарушением лимфооттока
- г Слабостью передней брюшной стенки
- д Повышенной физической нагрузкой

5. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ - ЗАБОЛЕВАНИЕ У РЕБЕНКА и ТАКТИКЕ 8 МЕСЯЦЕВ

- | | |
|---|--|
| 1 Неосложненная пахово-мошоночная грыжа | а консервативная, массаж |
| 2 Сообщающаяся водянка оболочек яичка | б операция после 3 лет |
| 3 Пупочная грыжа | в операция после 2 лет |
| 4 Ущемленная паховая грыжа у девочки | г экстренная операция |
| 5 Ущемленная паховая грыжа у мальчика | д консервативное лечение первые 12 часов после ущемления, затем операция |
| 6 Напряженная водянка оболочек яичка | е Пункция |
| 7 Левосторонний крипторхизм | ж Гормональная терапия |
| | з Операция в 2 - 3 года |
| | и Операция до года |

6. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ

- 1 Паховая
- 2 Лобковая
- 3 Бедренная
- 4 Промежностная
- 5 Перекрестная
- 6 Брюшная

7 ПРИ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЛАПАРОСКОПИИ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ОБУЧИТЬ СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ ДЫХАНИЯ

- 1 грудному
- 2 брюшному
- 3 смешанному

8. ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а уровни жидкости в кишечных петлях
- б равномерное повышенное газонаполнение кишечника
- в свободный газ в брюшной полости
- г наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости

9. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ "ПИЛОРОСПАЗМА" ЯВЛЯЕТСЯ

- а генетический порок зоны привратника
- б пептический стеноз привратника
- в мембранозный стеноз привратника
- г симпатотония
- д ваготония

е биохимический дефект стероидогенеза

10. "ПИЛОРОСПАЗМ" ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а срыгивания молоком с рождения
- б рвотой створоженным молоком с 3-4 недель
- в "мокрой подушки"
- г рвотой в горизонтальном положении
- д поносами
- е полиурией

Ответы

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1) а | 6) 1.6 |
| 2) б, г, з | 7) 1 |
| 3) в,е,к | 8) в |
| 4) а, б, г, е, з | 9) б,г,д,ж |
| 5) 1-а,3-б,в 2-,г.ж,6-е,и,3-з | 10) б,е,и,л. |

Пример решения заданий в тестовой форме 1-го уровня сложности:

6. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ

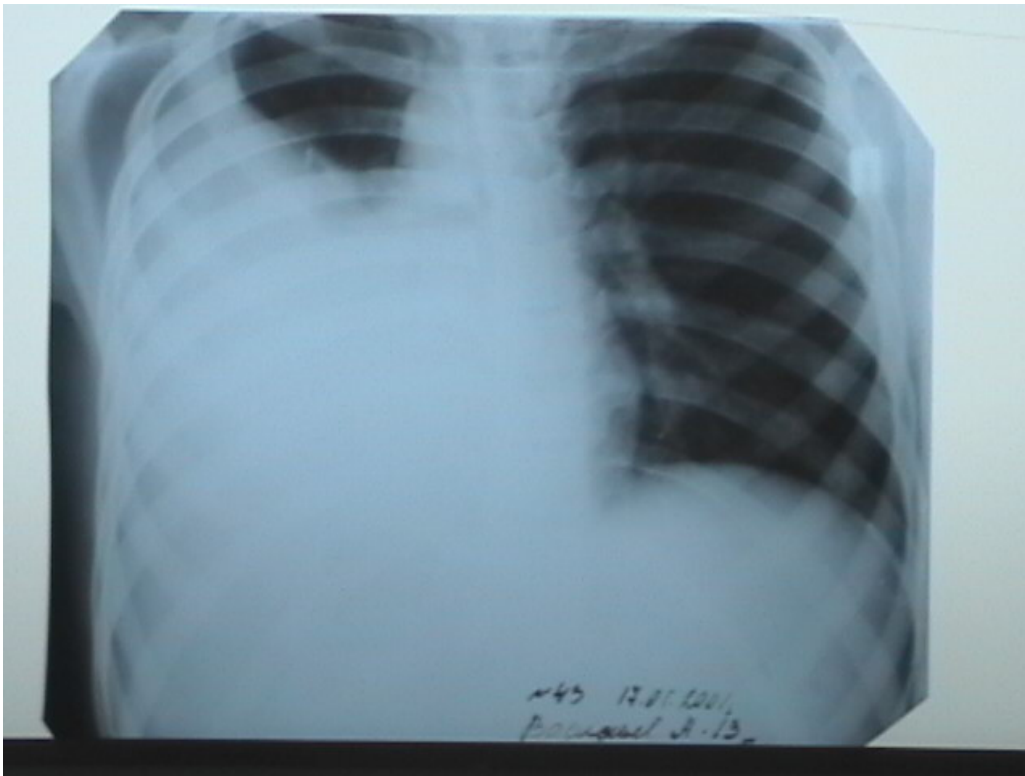
- 1 Паховая
- 2 Лобковая
- 3 Бедренная
- 4 Промежностная
- 5 Перекрестная
- 6 Брюшная

Ответ: 1 и 6.

2.2.Оценка владения практическими навыками (п.1.5)

Пример выполнения практического навыка

Описать представленную рентгенограмму, дать заключение.



Эталон ответа:

1. Обзорная рентгенография грудной клетки, прямая проекция
2. На представленной рентгенограмме отмечается затемнение в проекции нижней и средней доли правого легкого, завуалирован правый косто-диафрагмальный синус, незначительное смещение средостения влево.
3. Заключение Острая гнойная деструктивная пневмония справа, легочно-плевральная форма.

2.3. Пример ситуационной задачи

У новорождённого 14 суток отмечено ухудшение состояния. Ребёнок стал вялым беспокойным, плохо спит, отказывается от груди, отмечается рвота после каждого кормления. Температура тела повысилась до 38,5, одышка. В поясничной области появилось пятно красного цвета, которое в течение нескольких часов увеличилось в размерах, стало багрового цвета, с цианотичным оттенком. Осмотрен участковым педиатром, выставлен диагноз: ОРВИ, опрелость, на просьбу родителей об осмотре хирургом, педиатр ответил категоричным отказом. Родители самостоятельно обратились в приемное отделение больницы. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс до 140 уд в мин, ЧДД - 60 в мин. Аускультативно – жесткое дыхание с двух сторон, проводные хрипы. Живот подвздут, перистальтика вялая. В памперсе –зеленый, пенистый, зловонный стул. При осмотре кожи отмечается отёк и уплотнение мягких тканей, гиперемия без четких границ. Пальпация изменённой кожи вызывает беспокойство ребёнка, симптом надавливания положительный. При попытке кормления – рвота «фонтаном». Выполнено УЗС-обследование пилорического отдела 12-п кишки: мышечный слой 2мм, просвет до 6-7 мм., застойного отделяемого в желудке не отмечено.

ВОПРОСЫ

1. О каких заболеваниях у новорождённого можно думать?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Дайте заключение по данным УЗС.
5. Какие дополнительные методы обследования показаны при продолжении рвоты.
6. Лечебная тактика.

7. Оцените действия педиатра.

Эталон ответа к задаче.

1. Некротическая флегмона новорождённого. Пневмония. Гастроэнтероколит? Пилоростеноз?

2. Адипонекроз, рожистое воспаление.

3. Обзорная рентгенография легких, УЗИ брюшной полости, исследование кала, посев.

4. УЗИ – четких данных за пилоростеноз нет.

5. ФГДС, пассаж бария по ЖКТ.

6. Госпитализация в отделение реанимации (бокс), инфузионная терапия, антибактериальная терапия (клафоран 100мг/кг в сут, гентамицин 4 мг/кг в сут), симптоматическая терапия. Хирургическое лечение - нанесение множественных разрезов - насечек в шахматном порядке в зоне поражения и по границе со здоровыми участками. В дальнейшем перевязки и физиолечение.

7. Педиатр допустил грубую ошибку, не оценил тяжесть состояния ребенка, не осуществил консультацию ребенка хирургом.

2.4. Критерии оценки результатов промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины «Детская хирургия»

Критерии оценки заданий в тестовой форме.

Студентом даны правильные ответы:

- 70% и менее - оценка «2»
- 71-80% заданий – оценка «3»
- 81-90% заданий – оценка «4»
- 91-100% заданий – оценка «5»

Критерии оценки освоения практических навыков и умений

«зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет

«не зачтено» - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

Критерии оценки по решению вопроса:

- оценка **«отлично»** ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;
- оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала;
- оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Оценка за экзамен выставляется среднеарифметическая, с учетом тестов, практических навыков, ситуационных задач.

Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. 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:

Детская хирургия [Текст]: клинические разборы: руководство для врачей/ ред. А.В.Гераськин.- Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . – 215 с. +CD.

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. Ленюшкин, В.В. Холостова. – 2-е изд. перераб. и доп. - Москва: Альянс, 2014. – 219 с.

Грыжа пупочного канатика / Тверская гос. мед.акад.; сост. Г.Н.Румянцева, Д.Г.Галахова, Ю.Г.Портенко, В.Н.Карташев, В.В.Светлов. – Тверь: [б.и.], 2011.-32 с.

в). Электронные образовательные ресурсы:

Детская хирургия [Электронный ресурс] \ под ред Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2015 г.

Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.П. Разин [и др.]. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2015.

Острый гематогенный остеомиелит у детей [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов 5-6 курсов/ Тверской гос. мед. ун-т; сост. Г.Н. Румянцева, В.В. Мурга, Д.Г.Галахова, Т.Д. Щелоченкова; ред. Г.Н.Румянцева. – 949 Кб. Тверь: [б.и.],2017.

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

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

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

Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;

Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
База данных POLPRED (www.polpred.com);
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/>;
Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.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. Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro
4. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Схема кураторского листа

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 № 2.

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.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины
Представлены в Приложении № 3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ПК-1.**

Способен обследовать детей с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора
из предложенных**

Выберите один правильный ответ.

Задание 1

Ребенок 2 лет, беспокоен, поджимает ноги к животу, отказывается от еды, температура 38,3°C. При пальпации живота — ребенок плачет сильнее при надавливании в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга классически не определяется. Каков наиболее информативный метод инструментальной диагностики в данном случае?

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) компьютерная томография с контрастированием
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) магнитно-резонансная томография

Ответ: 3

Обоснование:

У детей раннего возраста (особенно до 3 лет) в клинической картине острого аппендицита преобладают симптомы общей интоксикации, при этом перитонеальные симптомы (в т.ч. Щеткина-Блюмберга) часто ложноотрицательные. УЗИ является методом выбора: позволяет визуализировать червеобразный отросток (диаметр >6 мм, утолщение стенки, свободная жидкость), не инвазивный метод, без лучевой нагрузки.

Задание 2

Ребенок 1,5 месяцев, с 3-недельного возраста отмечается срыгивание, перешедшее в рвоту «фонтаном» створоженным молоком с кислым запахом после каждого кормления, при этом отмечается редкий стул, потеря массы тела. При осмотре: видимая перистальтика желудка («песочные часы»). Какой метод исследования является «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) ультразвуковое сканирование пилорического отдела желудка
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) магнитно-резонансная томография с контрастированием

Ответ: 2

Обоснование:

При подозрении на пилоростеноз у детей ключевым в диагностике является выявление структурных изменений привратника – утолщение мышечного слоя и удлинение пилорического канала. УЗИ позволяет оценить толщину мышечного слоя и длину пилорического канала, данный метод не имеет лучевой нагрузки, не требует контрастирования.

Задание 3

Какой симптом является патогномоничным для илеоцекальной инвагинации у детей раннего возраста?

- 1) симптом Щеткина-Блюмберга
- 2) симптом «малинового желе» на перчатке при ректальном исследовании
- 3) симптом Воскресенского («рубашки»)
- 4) симптом Мерфи

Ответ: 2

Обоснование:

Симптом «малинового желе» на перчатке при ректальном исследовании является патогномоничным для илеоцекальной инвагинации у детей раннего возраста и свидетельствует о венозном стазе и геморрагическом пропитывании стенки кишки.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клинические проявления		Предположительный диагноз	
1	Ребенок 9 месяцев, внезапный крик и беспокойство, сменяются светлыми промежутками, положительный симптом «малиновое желе» при ректальном исследовании	1.	Пилоростеноз
2	Ребенок 1,5 месяцев через 20 минут после кормления рвота «фонтаном» створоженным молоком, видимая перистальтика желудка	2.	Инвагинация кишечника
3	Мальчик 4 лет, внезапная боль в паховой области, невозможное выпячивание, рвота	3.	Мекониевый илиус
4	Новорожденный, меконий не отходит, живот вздут, рвота с примесью желчи	4.	Паховая грыжа

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1	2	3	4
2	1	4	3

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клинические проявления	Предположительный диагноз
------------------------	---------------------------

1	УЗИ тазобедренных суставов (у новорождённого): угол $\alpha = 42^\circ$, угол $\beta = 70^\circ$ (тип III по Графу)	1.	Пилоростеноз
2	УЗИ пилорического отдела желудка: длина пилоруса – 20 мм, толщина мышечного слоя – 6 мм	2.	Инвагинация кишечника
3	УЗИ органов брюшной полости: стенка червеобразного отростка утолщена до 4 мм, диаметр – 9 мм, просвет отростка заполнен неоднородным жидким содержимым	3.	Врожденный вывих тазобедренных суставов
4	УЗИ органов брюшной полости: округлое образование с четкими контурами, на поперечном срезе — чередование гипо- и гиперэхогенных колец («мишень»), на продольном срезе — структура, напоминающая почку («псевдопочка»)	4.	Острый аппендицит

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1	2	3	4
3	1	4	2

Задание 3

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клинические проявления		Предположительный диагноз	
1	РГ левой бедренной кости: в дистальном метафизе определяется очаг деструкции костной ткани, кортикальный слой истончён, выраженный линейный периостит по медиальной и латеральной поверхностям метадиафиза	1.	Пилоростеноз
2	РГ желудка с контрастом (барием): визуализируется расширение желудка, эвакуация бария резко замедлена, определяется симптом «клюва»	2.	Острый гематогенный остеомиелит левой бедренной кости
3	РГ брюшной полости (обзорная): в проекции тонкой кишки визуализируются множественные уровни жидкости, определяется симптом «аркад» и «псевдоопухоли»	3.	Спаечная тонкокишечная непроходимость
4	РГ органов грудной клетки (обзорная): в верхней и средней долях правого легкого на фоне	4.	Острая бактериальная деструктивная пневмония

	массивной неомогенная инфильтрация визуализируются множественные тонкостенные полости размерами до 3 см в диаметре, некоторые с горизонтальными уровнями жидкости		
--	---	--	--

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1	2	3	4
2	1	3	4

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

Определите последовательность развития этапов при илеоцекальной инвагинации кишечника

1.	Отек стенки внедренной кишки
2.	Внедрение подвздошной кишки в слепую и ободочную
3.	Сдавление брыжейки и венозный застой
4.	Слизисто-кровянистые выделения из прямой кишки (по типу «малинового желе»)
5.	Артериальная ишемия и некроз стенки кишки

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

2	3	1	5	4
---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

Определите патоморфологическую последовательность развития острого гематогенного остеомиелита у детей

1.	Субпериостальный абсцесс
2.	Интрамедуллярная стадия (воспаление костного мозга)
3.	Остеопороз и очаги деструкции костной ткани
4.	Формирование секвестров
5.	Формирование свищей и репаративная регенерация

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

2	1	3	4	5
---	---	---	---	---

Задание 3

Прочитайте текст и установите последовательность

Определите патоморфологическую последовательность развития острой бактериальной деструктивной пневмонии у детей

1.	Пиопневмоторакс
2.	Массивная инфильтрация легочной ткани
3.	Спонтанный разрыв абсцесса или буллы с прорывом в плевральную полость
4.	Появление множественных тонкостенных полостей с уровнями жидкости
5.	Пневмоторакс или напряжённый пневмоторакс со смещением средостения

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

2	4	3	1	5
---	---	---	---	---

Задания открытого типа

Дополните.

Задание 1

При катаральной форме омфалита из пупочной ранки отмечаются _____ выделения.

Ответ: серозные

Задание 2

Наиболее частый возбудитель омфалита – _____.

Ответ: золотистый стафилококк

Задание 3

При распространении гнойного воспаления на пупочные сосуды развивается _____ и _____.

Ответ: флебит и артериит

Задание 4

Патогномоничным признаком некротической флегмоны новорожденных является наличие участков _____ кожи – серовато-чёрного цвета

Ответ: некроза

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы особенности течения и клинического проявления ОА у детей младшего возраста?
2. Назовите АФО, обуславливающие быстрое прогрессирование перитонита у детей младшей возрастной группы.
3. Назовите принципы лечения острого гематогенного остеомиелита.
4. Какие различают формы острого гематогенного остеомиелита в зависимости клинического течения?

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Определите клиническую форму омфалита.
2. Назовите метод инструментальной диагностики для исключения распространения воспаления на пупочные сосуды

Новорожденный 12 дней, пупочная ранка мокнет, дно покрыто фибринозным налетом, отмечается отек и гиперемия пупочного кольца до 1,5 см, гнойное отделяемое. Ребенок беспокоен, температура тела 37,9 °С. Посев отделяемого – *Staphylococcus aureus*.

Эталон ответа:

1. Гнойная форма омфалита.
2. УЗИ пупочных сосудов.

Задание 2

1. Какой визуализирующий метод следует назначить при подозрении на метафизарный остеомиелит?
2. Назовите три ранних рентгенологических признака, которые могут появиться на 10 – 14 сутки.

Новорожденный 21 день, отсутствие активных движений правой верхней конечности, псевдопарез. В области правого плечевого сустава и плеча отек, гиперемия, пальпация болезненная, температура тела 38,9 °С. Рентгенография плечевой кости без патологии.

Эталон ответа:

1. УЗИ правого плечевого сустава и плеча.
2. Линейный периостит, утолщение и разрыхления коркового слоя, увеличение объема и плотности мягких тканей.

Задание 3

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой инструментальный метод диагностики позволяет определить наличие газа в мягких тканях?

Новорожденный 14 день, на коже передней брюшной стенки участок гиперемии с цианотичным оттенком, быстро увеличивается в размерах, в центре определяется некроз (участок серовато-черного цвета), при пальпации определяется крепитация. Температура тела 39,1 °С.

Эталон ответа:

1. Некротическая флегмона новорожденного.
2. Обзорная рентгенография мягких тканей позволяет выявить газ в подкожно-жировой клетчатке.

Ситуационные задачи

Задача 1

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 пакетiku 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 предварительный диагноз больному.
2. Составьте план обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Интерпретация заключения УЗС.
5. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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.

Задача 2

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 эпигастрастальной 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. Врачей, каких специальностей следует привлечь к обследованию и лечению ребенка сразу после поступления в детскую хирургическую клинику?

Эталон ответа к задаче.

1. Высокая врожденная кишечная непроходимость (атрезия двенадцатиперстной кишки).
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.
4. Специальные: обзорная Rg – графия брюшной полости, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. По показаниям контрастная рентгенограмма брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия.
5. Дополнительные: УЗИ сердца, головного мозга.
6. Детский хирург, детский реаниматолог, детский анестезиолог, неонатолог, детский уролог, детский кардиолог, детский невролог.

ПК-3.

Способен назначить лечение детям при острых и хронических заболеваниях и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Выберите один правильный ответ.

Задание 1

Ребенок 4 лет, ущемленная паховая грыжа, вправлена консервативно. Какое лечение необходимо назначить в плановом порядке для предотвращения рецидива?

- 1) ношение бандажа в течение 3 месяцев
- 2) пластика пахового канала через 2 – 4 недели
- 3) назначение курса спазмолитиков
- 4) динамическое наблюдение без операции

Ответ: 2

Обоснование:

После консервативного вправления ущемленной паховой грыжи показано плановое оперативное лечение через 2–4 недели (после стихания отека). Без операции риск повторного ущемления достигает 30–40%. Бандаж у детей малоэффективен.

Задание 2

Ребенок 1,5 месяцев с подтвержденным пилоростенозом. Проведена предоперационная коррекция водно-электролитных нарушений. Какие объективные критерии эффективности предоперационной подготовки следует учитывать?

- 1) увеличение массы тела на 50 г/сутки
- 2) нормализация уровня K^+ , Cl^- в крови, диурез более 1 мл/кг/ч
- 3) отсутствие рвоты в течение 12 ч
- 4) уровень билирубина менее 50 мкмоль/л

Ответ: 2

Обоснование:

При пилоростенозе развивается гипохлоремический метаболический алкалоз. Критерием эффективности инфузионной терапии является нормализация электролитов (K^+ , Cl^-) и адекватный диурез, что свидетельствует о коррекции гиповолемии и безопасности анестезии.

Задание 3

Ребенок 2 лет, острый аппендицит, аппендэктомия выполнена лапароскопически. На 3-и сутки после операции сохраняется лихорадка 38,2°C, болезненность при пальпации в

правой подвздошной области. Каков наиболее информативный инструментальный метод контроля эффективности лечения в послеоперационном периоде?

- 1) клинический анализ крови
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 4) компьютерная томография с контрастированием

Ответ: 2

Обоснование:

УЗИ брюшной полости является методом выбора для контроля послеоперационного периода после аппендэктомии. Позволяет выявить формирующийся абсцесс, свободную жидкость, наличие межкишечных абсцессов. Не инвазивный метод, без лучевой нагрузки.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клинические проявления		Лечебная тактика	
1.	Ребенок 9 месяцев, инвагинация кишечника, болен в течение 6 часов, без признаков перитонита	1.	Экстренная лапаротомия, резекция участка кишки
2.	Ребенок 12 месяцев, инвагинация кишечника, болен в течение 28 часов, симптомы раздражения брюшины положительные	2.	Консервативная дезинвагинация
3.	Мальчик 4 лет, паховая грыжа – плановая госпитализация	3.	Энтеротомия, ирригация ацетилцистеином, илеостомы (операция Бишопа–Коула)
4.	Новорожденный, мекониевый илеус, консервативная терапия неэффективна	4.	Плановая герниопластика

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1.	2.	3.	4.
2	1	4	3

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клиническая ситуация		Контроль эффективности лечения	
1.	Острый аппендицит, состояние после	1.	Клиническое наблюдение, УЗИ

	аппендэктомии		мягких тканей при подозрении на рецидив
2.	Некротическая флегмона новорожденного, состояние после некрэктомии	2.	УЗИ плевральной полости (динамическое наблюдение остаточных полостей и жидкости)
3.	Пилоростеноз, состояние после пилоромииотомии, ребенок ест смесь, усваивает	3.	Контрольное УЗИ органов брюшной полости через 3–5 суток
4.	Деструктивная пневмония, состояние после дренирования плевральной полости	4.	Клиническое наблюдение, контроль прибавки массы тела

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1.	2.	3.	4.
3	1	4	2

Задание 3

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца

Клиническая ситуация, осложнение		Лечебно-диагностическая тактика	
1.	Состояние после аппендэктомии – формирование абсцесса	1.	Повторная пилоромииотомии
2.	Состояние после пилоромииотомия – неполная миотомия	2.	Чрескожное дренирование под контролем УЗИ (или повторная лапароскопия, лапаротомия по показаниям)
3.	Состояние после консервативной дезинвагинации (пневмоирригоскопия) — перфорация кишки	3.	Экстренная лапаротомия, ушивание перфорации, санация брюшной полости
4.	Состояние после остеоперфорации – формирование секвестров	4.	Контрольная рентгенография, при формировании секвестральной коробки — секвестрэктомия

Запишите выбранные цифры по соответствующим буквам

1.	2.	3.	4.
2	1	3	4

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

Определите последовательность лечения ребенка с подтвержденным пилоростенозом

1.	Пилоромия
2.	Коррекция водно-электролитных нарушений (предоперационная подготовка)
3.	Начало кормления через 4 – 6 часов после операции
4.	Подтверждение диагноза (УЗИ, РГ с барием)
5.	Выписка при нормальной переносимости кормления

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

4	2	1	3	5
---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность
Определите последовательность тактики при илеоцекальной инвагинации у ребенка раннего возраста в первые 6 часов

1.	Консервативная дезинвагинация
2.	Госпитализация в хирургический стационар
3.	Контрольное УЗИ/РГ для подтверждения дезинвагинации
4.	Экстренная лапароскопия/лапаротомия при неэффективности
5.	Клиническое динамическое наблюдение (исчезновение симптомов, отхождение стула)

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

2	1	3	5	4
---	---	---	---	---

Задание 3

Прочитайте текст и установите последовательность
Определите последовательность назначения антибактериальной терапии при остром гематогенном остеомиелите и контроля ее эффективности

1.	Эмпирическая антибиотикотерапия (цефалоспорины III + аминогликозиды)
2.	Забор материала для посева (пункция/остеоперфорация)
3.	Коррекция антибактериальной терапии по результатам посева
4.	Оценка эффективности через 48 – 72 часа (показатели термометрии, лабораторные показатели)

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо, определяющую порядок их появления

2	1	4	3
---	---	---	---

Задания открытого типа

Дополните.

Задание 1

При неосложненном остром аппендиците у детей методом выбора хирургического лечения является _____ аппендэктомия.

Ответ: лапароскопическая.

Задание 2

При остром гематогенном остеомиелите в стадии субпериостального абсцесса показана операция – _____ с последующим дренированием.

Ответ: остеоперфорация.

Задание 3

Осложнением острого гематогенного остеомиелита, требующим секвестрэктомии, является формирование _____.

Ответ: секвестра.

Задание 4

При термическом ожоге у детей младшего возраста (до 3 лет) показанием к госпитализации в специализированный хирургический стационар является поражение площади тела более _____ %.

Ответ: 5

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы показания к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей?
2. Назовите критерии эффективности консервативной дезинвагинации.
3. Какая предоперационная подготовка требуется новорожденному с пилоростенозом и как оценить ее эффективность?
4. Перечислите основные осложнения после аппендэктомии у детей и методы их ранней диагностики.

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Определите лечебную тактику.
2. Назовите метод инструментального контроля эффективности лечения через 5 дней. Новорожденный 14 дней, пупочная ранка мокнет, дно покрыто фибринозным налетом, отек и гиперемия пупочного кольца до 1,5 см, гнойное отделяемое. Посев – *Staphylococcus aureus*. Ребенок беспокоен, температура 38,1°C.

Эталон ответа:

1. Местное лечение (перекись водорода, антисептики) + системная антибактериальная терапия (оксациллин/клиндамицин).
2. УЗИ пупочных сосудов для исключения флебита/артериита.

Задание 2

1. Какой визуализирующий метод следует назначить при подозрении на метафизарный остеомиелит?
2. Назовите основные лечебно-диагностические мероприятия. Новорожденный 21 день, отсутствие активных движений правой верхней конечности, псевдопарез. В области правого плечевого сустава и плеча отек, гиперемия, пальпация болезненная, температура тела 38,9 °C. Рентгенография плечевой кости без патологии.

Эталон ответа:

1. УЗИ правого плечевого сустава и плеча.

2. Забор крови для посева, пункция очага с последующим посевом пунктата, эмпирическая антибактериальная терапия, инфузионная терапия.

Задание 3

1. Какой визуализирующий метод следует назначить для подтверждения диагноза и уточнения анатомии дефекта?
2. Назовите основные лечебно-диагностические мероприятия, которые необходимо выполнить до операции.

Новорожденный ребенок, доношенный, с массой тела 2800 г. В родильном зале отмечено обильное пенистое отделяемое изо рта, которое рецидивирует после отсасывания. При попытке кормления — кашель, поперхивание, цианоз. При попытке проведения назогастрального зонда, зонд останавливается на уровне 10–11 см от края губ, не проходя в желудок. Выполнена обзорная рентгенография грудной клетки: зонд свернут в верхней трети грудной клетки, в брюшной полости определяется газовый пузырь желудка и газ в кишечнике.

Эталон ответа:

1. Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости с назогастральным зондом, при необходимости — бронхоскопия.
2. Прекращение кормления + аспирация зондом, инфузионная терапия, антибиотикотерапия, положение с возвышенным головным концом.

Ситуационные задачи

Задача 1

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 пакетику 3 раза в день. На фоне проводимого лечения у ребенка резко заболел живот, отмечалась однократная рвота, подъем 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 предварительный диагноз больному.
2. Лечебная тактика.
3. Возможные осложнения при данной патологии, их лечебная тактика.

Эталон ответа к задаче.

1. Аппендикулярный инфильтрат.

2. 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 выписка. Плановое оперативное лечение через 4-6 месяцев.
3. Абсцесс, разлитой гнойный перитонит. Показано оперативное лечение по срочным показаниям. Доступы: косопоперечный, срединная лапаротомия, лапароскопия.

Задача 2

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 запавающие. 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. Какая лечебная тактика показана новорожденному до операции при подозрении на высокую врожденную кишечную непроходимость (атрезия двенадцатиперстной кишки) и гидронефроз?
3. Назовите критерии эффективности предоперационной подготовки.
4. Какие виды лабораторной и инструментальной диагностики необходимо проводить в предоперационном и послеоперационном периоде?

Эталон ответа к задаче.

1. Атрезия двенадцатиперстной кишки.
2. Прекращение энтерального кормления, постановка назогастрального зонда на постоянную аспирацию для декомпрессии желудка и профилактики аспирационной пневмонии, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, мониторинг диуреза.
3. Адекватный диурез (>1 мл/кг/ч), нормализация водно-электролитного баланса (K^+ , Na^+ , Cl^- , КЩС), отсутствие активной аспирации по зонду (уменьшение застоя), стабилизация гемодинамики.
4. Лабораторный контроль: электролиты крови, креатинин, мочевины (оценка функции почек на фоне гидронефроза), инструментальный контроль: обзорная рентгенография брюшной полости (контроль положения зонда, исключение перфорации), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

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 №1	Ноутбук, DV –плеер
3	Учебная комната №1	Компьютер
4	Лекционный зал	Проектор, ноутбук

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся _____ курса,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
<i>Примеры:</i>				