


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 5 и 6 курса,

направление подготовки (специальность)  
31.05.02 Педиатрия

форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры

« 8 » мая 2018 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 рекомендована к утверждению** на заседании центрального координационно-методического совета « 28 » 08 2020 г. (протокол № 1 )

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) (31.05.02) педиатрия, 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

<b>Формируемые компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> В результате изучения дисциплины студент должен:
ПК-6 Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, пересмотра	<b>Знать :</b> -методику сбора данных о родственниках пациента -методику сбора данных анамнеза жизни принципы сбора информации оперенечессых заболеваниях - принципы оценки общего состояния ребенка - принципы маршрутизации пациента, согласно клиническим рекомендациям, протоколам, стандартам - интерпретацию результатов инструментального и лабораторного обследования ребёнка - диагностику заболеваний <b>Уметь:</b> -получать информацию о родителях ребенка - собирать анамнез жизни ребенка - собирать информацию о перенесенных заболеваниях - определять общее состояние - осуществить направление ребенка на диагностическую процедуру - проводить диагностику и интерпретировать результаты <b>Владеть :</b> -сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания родителей ребенка - проведением оценки физического и психомоторного развития - методом сбора информации о перенесенных заболеваниях - методом определения общего состояния, самочувствие

	ребёнка - методикой маршрутизации пациента - методом проведения диагностики заболеваний у детей - методикой интерпретации результатов
ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.	<b>Знать:</b> - оптимальные методы лечения с учетом знаний о правилах, способах введения, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозах и продолжительности приема при различных заболеваниях. <b>Уметь:</b> -осуществлять выбор оптимальных методов при различных заболеваниях Владеть: - методами лечения заболеваний  <b>Знать:</b> - тактику ведения и лечения пациента <b>Уметь:</b> - 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.
ПК-15 Готовность к обучению детей и их родителей основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.	<b>Знать:</b> -Правила личной гигиены медицинского персонала. - Правила личной гигиены ребенка, технику манипуляций по уходу за детьми хирургического профиля -Методику обработки рук дезинфицирующими растворами. -Правила хранения продуктов питания. -Правила хранения и использования белья, хозяйственного инвентаря и моющих средств. -Технику уборки помещений, проведения текущей и заключительной дезинфекции в детских медицинских организациях в соответствии с санитарными правилами и нормами. -Технику осмотра кожи и волос для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза, проведения первичной санитарной обработки ребенка (в т.ч. при педикулезе). <b>Уметь:</b> -Провести санитарную обработку больных в приемном отделении и ежедневный туалет пациента (мытьё, дезинфекция, дезинсекция, подготовка ванны (душа), обтирание, уборка ванны, стрижка волос). - Провести обработку при педикулезе. -Сменить постельное и нательное белье ребенку. -Оказать помощь медицинской сестре в раздаче пищи и

	<p>проведении кормления детей разного возраста.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Поддерживать санитарный порядок в палате, проводить проветривание, дезинфекцию воздуха источником ультрафиолетового излучения, собирать, учитывать, разбирать и транспортировать постельное белье.</li> <li>-Правильно хранить белье, уборочный инвентарь и моющие средства.</li> <li>-Пеленать детей и подобрать одежду по сезону.</li> <li>-Провести антропометрию ребенка.</li> <li>- Ознакомить ребенка с правилами личной гигиены и контролировать выполнение, поведения и режимом дня.</li> <li>-Провести гигиеническую и лечебные ванны.</li> <li>- Подсчитать пульс, ЧД, измерить АД.</li> <li>-Оказать помощь при отпадении естественных потребностей, поставить газоотводную трубку, клизму.</li> <li>- Осуществлять уход за тяжелобольными: мытье головы в постели, уход за волосами, за глазами, за ушами и носом, за ротовой полостью.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.</li> <li>-Практическими навыками по обеспечению и поддержанию санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в детских медицинских организациях.</li> </ul>
--	---

Дисциплина «Детская хирургия» входит в Базовую 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 10 зачетных единиц, 360 академических часов, в том числе 246 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 114 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, включающий 3 этапа: задания в тестовой форме, оценка владения практическими навыками (рентгенограммы) и решение ситуационной задачи. А в XII семестре в форме недифференцированного зачета (оценка – зачтено / не зачтено), включающий задания в тестовой форме и решение ситуационной задачи.

### **III. Учебная программа дисциплины**

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

##### **1.1. Введение в специальность.**

История развития детской хирургии в России, перспективами развития детской хирургии. Структура детского хирургического стационара. Осмотр ребенка с хирургической патологией. Методы обследования ребенка с хирургическими заболеваниями (лабораторные, рентгенологические, инструментальные, эндоскопические).

##### **1.2. 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.

##### **1.3. Перитониты у детей.**

Этиология, классификация перитонитов у детей. Клиническая картина, методы обследования детей с перитонитом. Изучаются принципы предоперационной подготовки, способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с перитонитом.

##### **1.4. Инвагинация кишечника.**

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

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

Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.

##### **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.

##### **1.8. Хирургическая инфекция у новорожденных.**

Заболевания кожи и мягких тканей (некротическая флегмона, мастит, омфалит, парапроктит). Заболевания костей и суставов: метаэпифизарный остеомиелит, артрит, остеоартрит.

##### **1.9 Патология влагалищного отростка брюшины.**

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

#### **Модуль 2 Урология андрология детская. Травматология-ортопедия.**

##### **2.1. Аномалии развития почек и мочеточников. Принципы обследования детей с урологической патологией.**

Клинико-лабораторные, рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые, инструментальные методы диагностики урологических заболеваний. Показания, методика проведения, диагностическая ценность.

##### **2.2. Врожденный гидронефроз.**

Этиология, патогенез. Диагностика, принципы хирургического лечения.

##### **2.3. Аномалии развития и заболевания половых органов у мальчиков. Аномалии мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.**

Экстрофия мочевого пузыря, инфравезикальная обструкция, гипоспадия, эписпадия. Клиника, диагностика, сроки и способы лечения.

Фимоз, парафимоз, крипторхизм, варикоцеле, синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

#### **2.4. Неспецифические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы.**

Обструктивный пиелонефрит, цистит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

#### **2.5. Травма органов мочевыделительной системы.**

Закрытые повреждения почек, мочевого пузыря, уретры.

#### **2.6. Семиотика и диагностика травматических повреждений у детей.**

Типичные переломы детского возраста. Особенности репозиции и иммобилизации.

#### **2.7. Травмы позвоночника у детей.**

Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

#### **2.8. Переломо-вывихи у детей.**

Повреждения Мантеджи, Голиацци. Механизмы травмы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения.

#### **2.9. Оперативное лечение переломов.**

### **Модуль 3. Врожденные пороки развития у детей**

#### **3.1. Пороки развития и заболевания пищевода.**

Атрезия пищевода, врожденный трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, желудочно-пищеводный рефлюкс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

#### **3.2. Пороки развития брюшной полости.**

Тактика врача неонатолога и детского хирурга. Принципы диагностики и транспортировки.

#### **3.3. Врожденная непроходимость кишечника.**

Атрезия, внутренний стеноз, аномалии кишечного вращения, энтерокисты, кольцевидная поджелудочная железа. Патогенез, клиника, ранняя диагностика. Особенности рентгенологического обследования, Лечение. Принципы транспортировки. Аноректильные пороки.

#### **3.4. Гастрошизис. Омфалоцеле**

Клиника. Диагностика. Лечение.

#### **3.5. 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.**

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.

#### **3.9. Химические ожоги пищевода.**

Этиология, клиника, неотложная помощь. Принципы лечения. Рубцовые сужения пищевода. Консервативное и оперативное лечение

Промежуточная аттестация -Экзамен

### **Модуль 4. Амбулаторная детская хирургия.**



**4.1 Принципы работы детского хирурга поликлиники.**

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

**4.2. Хирургическая инфекция у новорожденных.**

Клиника и обследование новорожденного ребенка с гнойным маститом, парапроктитом. Некротическая флегмона новорожденного. Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.9. Раны и раневые инфекции.** Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.4. Панариций** Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.5. Лимфаденит** Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.6. Гемангиома, лимфангиома** Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.7. Хронические запоры. Болезнь Гиршпрунга.** Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация

**4.8. Инородные тела трахеобронхиального дерева и ЖКТ.**

Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.3. Желудочно-кишечные кровотечения у детей.** Клиника. Диагностика. Лечение.

**4.10. Амбулаторная детская урология-андрология. 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 контак тную работу	Самостоят ельная работа студента, включая подготовк у к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательн ые технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	практические занятия, клинические практические занятия	экзамен/зачет				ПК-6	ПК-8	ПК-15		
1	2	3	4	5	6	7	8	9		12	
1.											
1.1.	2	4		6	2	8	+			Л, Э, ВК	С, КЗ
1.2.	2	4		6	2	6	+	+		ЛВ, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.3	2	4		6	2	8	+	+		Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.4	2	4		4	2	6	+	+		Л, ЗК, ИБ	С, КЗ
1.5	2	4		6	2	8	+	+		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	4		6	2	8	+	+		Л, ЗК	С, КЗ,Д
1.9	2	4		6	2	8	+	+		Л, ЗК	С, КЗ
2.											
2.1	2	6		8	2	10	+	+		Л,Э,ЗК,КС	С, КЗ,КЛ
2.2	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.3	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.4	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.5	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КР,Т
2.6	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС,Э	С, КЗ,КЛ
2.7	2	6		8	2	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
2.8	2	6		8	2	10	+	+		ЗК,КС	С, КЗ

2.9		6		6	4	10	+	+		Л,ЗК,КС	С, КР,Т
3.											
3.1	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
3.2		4		4	4	8	+	+		ЗК,КС	С, КЗ
3.3	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
3.4	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ
3.5	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ
3.6		4		4	2	6	+	+		Л,ЗК,КС,ИБ	С, КЗ,ИБ
3.7	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ,ИБ
3.8	2	4		4	2	6	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ,ИБ
3.9	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ,Т
4.											
4.1		4		4	2	6	+	+		ЗК,КС	С
4.2	2	4		6	2	8	+	+		ЗК,КС	С,ЗС
4.3	2	4		6	2	6	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.4		4		4	2	6	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.5	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.6		4		4	2	6	+	+		ЗК,КС	С, КЗ
4.7	2	4		4	2	6	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.8		4		4	2	6	+	+		ЗК,КС	С, КЗ
4.9	2	4		6	2	8	+	+		Л,ЗК,КС	С, КЗ
4.10		4		4	2	6	+	+		ЗК,КС	С, КЗ
Экзамен					27	27					
Зачет			4	4	7	7					
<b>ИТОГО:</b>	<b>58</b>	<b>184</b>	<b>4</b>	<b>246</b>	<b>114</b>	<b>360</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), 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.

#### **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 патогномичные 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 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, 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 удается, эндоскоп не проходит в луковицу двенадцатиперстной кишки.
6. Пилороспазм, псевдопилоростеноз, кишечная инфекция, дисбактериоз кишечника.
7. После предоперационной подготовки операция – пилоромиотомия 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 дуоденум
- 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
- 2) б, г, з
- 3) в,е,к
- 4) а, б, г, е, з
- 5) 1-а,3-б,в 2-,г.ж,б-е,и,3-з
- 6) 1.б
- 7) 1
- 8) в
- 9) б,г,д,ж
- 10) б,е,и,л.

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

**6. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ**

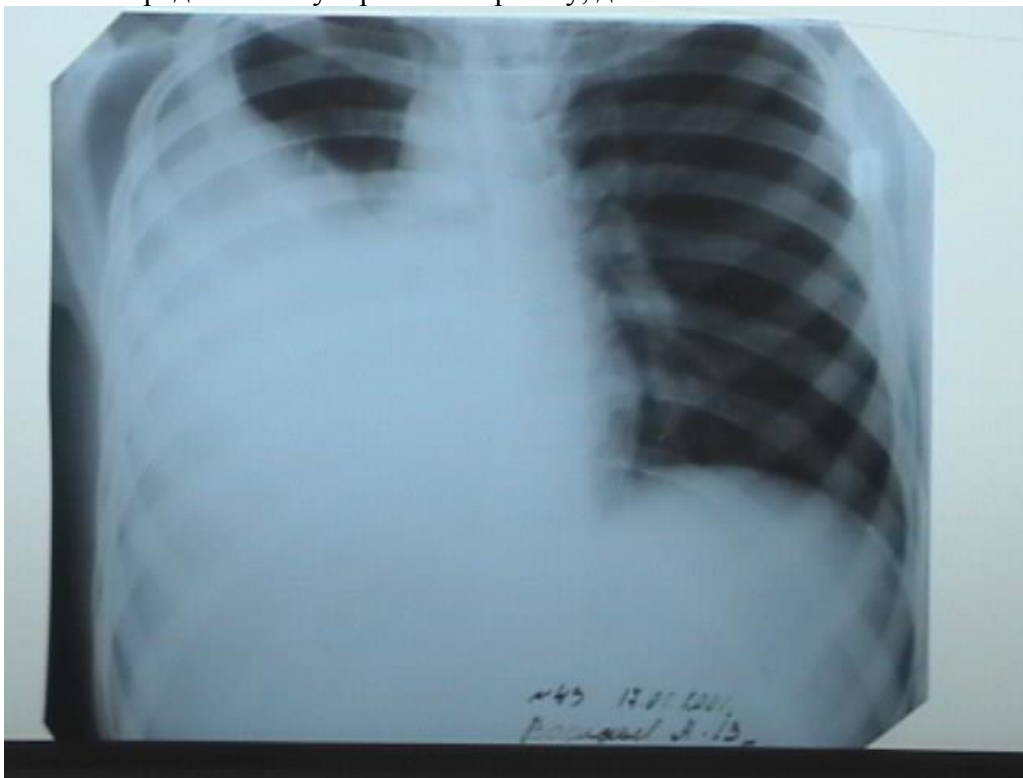
- 1 Паховая
- 2 Лобковая
- 3 Бедренная
- 4 Промежностная
- 5 Перекрестная
- 6 Брюшная

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 costo-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, УЗС брюшной полости, исследование кала, посев.
4. УЗС – 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.

## **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:**

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](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>);

База данных POLPRED ([www.polpred.com](http://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. Система дистанционного обучения Moodle

5. Платформа Microsoft Teams

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

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://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 № 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.

### **Фонды оценочных средств**

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

#### **ПК 6**

**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 конечная

##### **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 пакетику 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 УЗИ – 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 УЗИ – 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 усложненные 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 чрезмышелковый 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**

**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

3. 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 игльчатым 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 эпигастрастральной 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 ведения 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 усложненные 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.

**Справка**

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
Детская хирургия

---

(название дисциплины, модуля, практики)

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