



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Неотложные состояния в детской хирургии»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детской хирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.Е. Соловьев	доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой
В.Н. Шатский	кандидат медицинских наук, доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры
О.В. Ларичева	-	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Ассистент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Федосеев	доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой общей хирургии
Е.П. Куликов	доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой онкологии

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

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

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме.

1. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. локальная болезненность в правой подвздошной области
- б. локальная болезненность в области пупка
- в. активная мышечная защита брюшной стенки
- г. локальная пассивная мышечная защита
- д. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- е. положительный симптом Ортнера
- ж. положительный симптом Пастернацкого

ОТВЕТ: а, г, д

2. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ЖАЛОБАМИ

- а. гипертермия
- б. острое начало, болезненный крик
- в. капризность, вялость
- г. нарушение сна
- д. боли в эпигастрии
- е. боли в области пупка
- ж. боли в правой подвздошной области

3. расстройства стула

ОТВЕТ: а, в, г, е, з

3. ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У РЕБЕНКА ДО 3 ЛЕТ
МОЖНО НА ОСНОВАНИИ СИМПТОМА

- а. активного напряжения мышц брюшной стенки
- б. симптом "ножки"
- в. беспокойство, крик ребенка
- г. локальная болезненность в правой подвздошной области
- д. локальная пассивная мышечная защита в правой подвздошной области

ОТВЕТ: д

4. У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ДИАФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В1-3 СУТКИ
НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ

- а. местная гипертермия
- б. флюктуация
- в. нарушение функции ближайшего сустава
- г. распирающие боли
- д. наличие свищей

ОТВЕТ: а, в, г

5. РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У
РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- а. в течение первой недели
- б. на 2-3 неделе

в. на 3-4 неделе
г. после месяца
ОТВЕТ: б

6. ДЛЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ РАННИЕ СИМПТОМЫ

- а. острое начало
 - б. постепенное начало
 - в. стойкая гипертермия $>38^{\circ}$
 - г. резкая локальная боль
 - д. вынужденное положение конечности
 - е. припухлость и боль в области сустава
- ОТВЕТ: а, в, г, д

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- а. туберкулезом
 - б. ревматизмом
 - в. рахитом
 - г. артрогрипозом
- ОТВЕТ: а, б

8. РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- а. линейной периостальной реакцией
 - б. наличием очагов деструкции
 - в. игольчатым периоститом
 - г. наличием периостального козырька
- ОТВЕТ: а, б

9. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ СОСТОЯТ ИЗ

- а. остеоперфорации
 - б. дренировании гнойных затеков
 - в. мазевыми повязками, консервативно
- ОТВЕТ: а, б

10. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТОЯТ ИЗ

- а. остеоперфорации
 - б. дренировании гнойных затеков
 - в. промывании костной полости антисептиками
 - г. пункции сустава, санации
- ОТВЕТ: б, в

11. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАСПОСТРАНЕНИЮ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

- а. недоразвитие сальника
- б. снижение пластических функций брюшины.
- в. преобладание экссудации в воспалительном процессе
- г. особенности возбудителя
- д. малый объем брюшной полости

ОТВЕТ: а, б, в

12. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- а. симптом Кохера
- б. симптом Ортнера
- в. Пастернацкого
- г. Щеткина-Блюмберга
- д. Воскресенского

ОТВЕТ: а, г, д

13. ДАННЫЕ ПОЛУЧАЕМЫЕ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У РЕБЕНКА С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- а. болезненность правой стенки прямой кишки
- б. зияние анального отверстия
- в. нависание передней стенки прямой кишки
- г. ампула прямой кишки пуста
- д. примесь крови в кале

ОТВЕТ: а, в

14. ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У БОЛЬНОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- а. лейкоцитоз
- б. эозинофилия
- в. сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- г. увеличение количества тромбоцитов
- д. лимфоцитоз

ОТВЕТ: а, в

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Дивертикул Меккеля. Эмбриогенез. Осложнения. Тактика детского хирурга.
3. Осложнения острого аппендицита. Сравнительная характеристика.
4. Аппендикулярный перитонит. Клиника, диагностика, лечение.
5. Первичный перитонит. Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом. Лечение.
6. Аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс. Сравнительная характеристика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.
7. Острый неспецифический мезаденит. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом. Лечебная тактика.
8. Острый панкреатит. Этиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

9. Перфоративная язва желудка. Клиника, диагностика, лечение. Перфорация кишки. Причина. Клиника, диагностика, лечение.
10. Синдром дыхательных расстройств у детей. Основные причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
11. Инородные тела дыхательных путей.
12. Лобарная эмфизема.
13. Киста легкого.
14. Пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
15. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
16. Внутривнутрибрюшные кровотечения. Основные причины. Диагностика. Лечение.
17. Повреждения селезенки.
18. Повреждения печени.
19. Повреждения почки.
20. Синдром Малори- Вейса.
21. Кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
22. Кровотечение из расширенных вен пищевода.
23. Кровотечение по причине дивертикула Меккеля.
24. Внематочная беременность.
25. Причины странгуляционной кишечной непроходимости. Клиника, диагностика. Лечение. Возможные осложнения.
26. Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита
27. Формы течения острого гематогенного остеомиелита. Клиника, диагностика, лечение.
28. Флегмона новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.
29. Особенности гнойной хирургии ческой инфекции у детей.
30. Основные принципы лечения гнойной хирургической инфекции у детей.
31. Инвагинация.
32. Ущемленная паховая грыжа.
33. Апоплексия яичника.
34. Перекрут маточной трубы.
35. Кисты и опухоли яичников у девочек.
36. Термические ожоги. Классификация.
37. Ожоговая болезнь.
38. Основные принципы предоперационной подготовки в неотложной хирургии.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в

изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 6 мес через 8 ч от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребёнок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе».

Ваш предварительный диагноз, тактика врача стационара?

Ответ: У ребёнка инвагинация кишечника. Показаны пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с взвесью сульфата бария. При невозможности консервативного расправления — лапароскопия или лапаротомия.

Задача 2. У девочки 13 лет в течение 3 дней были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребёнок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6×6 см. Симптом Щёткина–Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16,2×10⁹/л.

Ваш предварительный диагноз? Тактика?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Показаны госпитализация в детское хирургическое отделение, оперативное лечение.

Задача 3. Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предварительный диагноз и лечебная тактика?

Ответ: Острый остеомиелит левой подвздошной кости с образованием межмышечной флегмоны. Необходимо вскрытие и дренирование флегмоны.

Задача 4. Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40°, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час.

Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: Острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Показана костномозговая пункция, измерение внутрикостного давления, цитологическое и бактериологическое исследование пунктата, показана также контрастная медуллография.

При подтверждении диагноза необходимо произвести щадящую остеоперфорацию, промывание костномозгового канала антибиотиками и его дренирование.

Задача 5. Ребёнок родился в срок с массой тела 2800 г. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребёнка 2600 г.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: Диагноз: атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов.

1. Атрезия девственной плевы. Атрезия влагалища. Гематометра.
2. Первичный перитонит.
3. Апоплексия яичника.
4. Перекрут маточной трубы и яичника.
5. Маточное кровотечение.
6. Внематочная беременность.
7. Кисты яичника.
8. Опухоли яичника.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью

соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 9 семестре - зачет.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут. Билет состоит из 2 вопросов и ситуационной задачи.

Критерии сдачи зачета:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины «Неотложные состояния в детской хирургии»

ОПК-4

Способность и готовность реализовывать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.

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

1. Острый аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, перитонит, криптогенный перитонит.
2. Этиология и патогенез острого аппендицита, клиника, диагностика, особенности диагностики у детей раннего возраста, тактика, лечение.
3. Осложнения острого аппендицита (инфильтрат, абсцесс, перитонит). Клиника, диагностика, тактика, лечение.
4. Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика врача, лечение.
5. Острый и хронический остеомиелит, артрит.
6. Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп.

Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика с травмой, опухолью, туберкулезом, ревматоидным артритом, тактика, особенности лечения в различных возрастных группах.

7. Хронический остеомиелит. Классификация. Клиника, диагностика, тактика лечения.

8. Артрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

9. Кишечная непроходимость. Этиопатогенез приобретенной механической и динамической кишечной непроходимости. Классификация. Спаечная кишечная непроходимость. Обтурационная и странгуляционная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика, тактика, лечение. Роль лапароскопии в диагностике и лечении кишечной непроходимости.

10. Инвагинация. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, рентгенодиагностика, тактика, лечение.

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

1. Собрать анамнез у ребенка с жалобами на боли в животе.

2. Провести физикальный осмотр больного с жалобами на боли в животе.

3. Провести дифференциальную диагностику у больного с болями в животе.

4. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с болями в животе.

5. Собрать анамнез у ребенка с острой дыхательной недостаточностью.

6. Провести физикальный осмотр больного с острой дыхательной недостаточностью.

7. Провести дифференциальную диагностику у больного с острой дыхательной недостаточностью.

8. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с острой дыхательной недостаточностью.

9. Собрать анамнез у ребенка с подозрением на острую странгуляционную непроходимость.

10. Провести физикальный осмотр больного с подозрением на странгуляционную непроходимость.

11. Провести дифференциальную диагностику у больного с подозрением на странгуляционную непроходимость.

12. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с подозрением на странгуляционную непроходимость.

13. Собрать анамнез у ребенка с тупой травмой живота.

14. Провести физикальный осмотр больного с тупой травмой живота.

15. Провести дифференциальную диагностику у больного с тупой травмой живота.

16. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с тупой травмой живота.

17. Собрать анамнез у ребенка с кровотечением желудочно-кишечного тракта.

18. Провести физикальный осмотр больного с кровотечением желудочно-кишечного тракта.

19. Провести дифференциальную диагностику у больного с кровотечением желудочно-кишечного тракта.

20. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с кровотечением желудочно-кишечного тракта.

21. Собрать анамнез у девочки с подозрением на острый процесс малого таза.

22. Провести физикальный осмотр девочки с подозрением на острое гинекологическое заболевание.
23. Провести дифференциальную диагностику у девочки с острым гинекологическим заболеванием
24. Составить план инструментального и лабораторного обследования у ребенка с острым гинекологическим заболеванием.
25. Собрать анамнез у ребенка с острым воспалением костей или мягких тканей.
26. Провести физикальный осмотр больного с острым воспалением костей или мягких тканей.
27. Провести дифференциальную диагностику у больного с острым воспалением костей или мягких тканей.
28. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с острым воспалением костей или мягких тканей.
29. Собрать анамнез у ребенка с термическим ожогом кожных покровов.
30. Провести физикальный осмотр больного с термическим ожогом кожных покровов с определением глубины и площади повреждения.
31. Провести дифференциальную диагностику у больных с термическим ожогом кожных покровов различной глубины.
32. Составить план инструментального и лабораторного обследования у больного с тупой травмой живота.

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):

Задача 1.

Вас пригласили на консультацию к ребенку 2 дней по поводу того, что он с рождения еще ни разу не мочился. Общее состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная, активно сосет грудь, остаточный азот крови в норме, отмечается несколько учащенный жидковатый стул без патологических примесей.

Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача 2.

В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отдела уретры. При катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча.

Какой аноректальный порок развития в данном случае? Особенности хирургической тактики?

Задача 3.

В клинику доставлен новорожденный через 6 часов после рождения. Врачей родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых, вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800 г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 180 в минуту, слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогих частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача 4.

У новорожденного после отпадения пуповины наблюдается постоянное обильное истечение прозрачной жидкости из пупочной раны. Мочеиспускания редкие, скудные.

О каком заболевании можно думать? Каковы план обследования и лечебная тактика?

Задача 5.

У новорожденного на 2-е сутки после отпадения пуповины из пупка появилось пролабирование слизистой на протяжении 3 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.

О каком заболевании и осложнении можно думать? Какова должна быть хирургическая тактика?

Задача 6.

У ребенка 15 дней гнойные выделения из пупка, появившиеся сразу после отпадения пуповины. В последние сутки состояние ребенка ухудшилось, температура поднялась до 39°, появилась припухлость на передней брюшной стенке между пупком и правой реберной дугой размером 5 x 3 x 3 см. Живот не вздут, мягкий, рвоты нет, стул обычный. Хирург расценил заболевание как гнойный омфалит и флегмону передней брюшной стенки, сделал насечки на коже, однако состояние ребенка не улучшилось, а припухлость даже увеличилась. О каком заболевании надо думать в данном наблюдении и какой должна быть тактика хирурга?

Задача 7.

Вы лечите новорожденного по поводу эпифизарного остеомиелита бедра, осложненного гнойным артритом тазобедренного сустава. О каком возможном осложнении следует думать в данном случае и какой должна быть его профилактика?

Задача 8.

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили плотно замурованный в спайках червеобразный отросток и только основание его свободно. Какой метод выделения отростка наиболее целесообразно применить в данном случае?

Задача 9.

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили в брюшной полости инфильтрат. Попытка выделения отростка из инфильтрата угрожает повреждением стенок кишечника. Какова должна быть тактика хирурга в данном случае?

Задача 10.

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача 11.

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40° жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час. Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача 12.

У ребенка 6 месяцев появились схваткообразные боли в животе, температура нормальная. При обследовании живот пропальпировать ребенок не дает. При ректальном исследовании на пальце обнаруживаются необильные геморрагические желеобразные выделения. О каком заболевании следует думать, план диагностических мероприятий и лечебная тактика?

Задача 13.

Ребенок 8 месяцев заболел остро, периодически кричит, сучит ножками. При обследовании в правом подреберье определяется колбасовидное образование, ампула прямой кишки пуста, анус зияет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется геморрагическое желеобразное отделяемое. О каком заболевании можно думать, какова диагностическая и лечебная тактика в данном случае?

Задача 14.

При операции по поводу инвагинации кишечника после свободного расправления илеоцекального инвагината и отогревания инвагинированной петли кишки цвет ее розовый, она перистальтирует, брыжейка ее отечная, сосуды пульсируют. Червеобразный отросток резко отечен, со множественными темно-багровыми пятнами на серозе. Ваша хирургическая тактика?

Задача 15.

При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдаиванием не удастся; при дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки. Какова должна быть хирургическая тактика в данном случае?

Задача 16.

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его "ползет" при дотрагивании. Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

Задача 17.

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура $37,5^{\circ}$ язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика. Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача 18.

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Задача 19.

В районную больницу доставлен ребенок 6 лет после автомобильной катастрофы с переломом костей таза. Состояние его тяжелое, шок, из уретры геморрагические выделения, катетер ввести в мочевой пузырь не удастся. Живот мягкий, явления раздражения брюшины отсутствуют. Вы заподозрили повреждение уретры, самостоятельно ребенок не мочится,

мочевой пузырь определяется на уровне пупка, ребенок нетранспортабелен. Какая должна быть в данной ситуации лечебная тактика?

Задача 20.

В клинику доставлен ребенок через 30 минут после того, как был сбит автомобилем. Состояние крайне тяжелое, бледен, пульс нитевидный, АД 40/0 mm Hg. Справа в поясничной области обширная поверхностная ссадина, припухлость, резкая болезненность. В моче – гематурия. Живот умеренно вздут, резко болезненный в области правого подреберья. Ваш предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача 21.

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно. О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача 22.

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ПК-2

Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и организации диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями.

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

1. Кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения
2. Кровотечение из пищеварительного тракта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения при острых и хронических кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Алгоритм обследования и лечения.
3. Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага, понятие о реактивности макроорганизма и формировании иммунного ответа. Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы комплексной детоксикационной терапии. Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Абсцедирующий лимфаденит. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
4. Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп. Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
5. Бактериальная деструкция легких. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

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

1. Составить план обследования и лечения больного с острым неосложненным аппендицитом.
2. Составить план лечения больного с острым перитонитом.
3. Составить план лечения больного с периаппендикулярным абсцессом.
4. Составить план лечения больного с аппендикулярным инфильтратом.
5. Составить план лечения больной с первичным перитонитом.
6. Составить план лечения больного с острым неспецифическим мезаденитом.
7. Составить план лечения больного с перфорацией полого органа.
8. Составить план лечения больного с острым заболеванием матки, маточных труб и яичников.
9. Составить план лечения больного с воспалением дивертикула Меккеля.
10. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с напряженным пневмотораксом.
11. Составить план лечения больного с атрезией пищевода.
12. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с инородным телом дыхательных путей.
13. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с пиопневмотораксом.
14. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с напряженной кистой легкого.
15. Составить план обследования и лечения больного с острой странгуляционной непроходимостью.
16. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с тупой травмой живота и внутрибрюшным кровотечением.
17. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больной с внематочной беременностью.
18. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.
19. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
20. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с кровотечением из дивертикула Меккеля.
21. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больной с апоплексией яичника.
22. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больной с перекрутом придатков матки.
23. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больной с атрезией девственной плевы (гематометрой).
24. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с флегмоной новорожденного.
25. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с острым гематогенным остеомиелитом.
26. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с рожистым воспалением.
27. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с острым подчелюстным (подмышечным, бедренным) лимфаденитом.
28. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с острым маститом.

29. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с острым парапроктитом.

30. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с острым омфалитом.

31. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с панарицием, фурункулом, карбункулом.

32. Составить план лечения и оказать экстренную помощь больному с термическим ожогом различной глубины и площади.

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):

Задача 1.

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, серозная оболочка его "ползет" при касании.

Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

Задача 2.

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37,5° язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика.

Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача 3.

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Задача 4.

В районную больницу доставлен ребенок 6 лет после автомобильной катастрофы с переломом костей таза. Состояние его тяжелое, шок, из уретры геморрагические выделения, катетер ввести в мочевой пузырь не удастся. Живот мягкий, явления раздражения брюшины отсутствуют. Вы заподозрили повреждение уретры, самостоятельно ребенок не мочится, мочевой пузырь определяется на уровне пупка, ребенок нетранспортабелен.

Какая должна быть в данной ситуации лечебная тактика?

Задача 5.

В клинику доставлен ребенок через 30 минут после того, как был сбит автомобилем. Состояние крайне тяжелое, бледен, пульс нитевидный, АД 40/0 mm Hg. Справа в поясничной области обширная поверхностная ссадина, припухлость, резкая болезненность. В моче – гематурия. Живот умеренно вздут, резко болезненный в области правого подреберья.

Ваш предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача 6.

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача 7.

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

ПК-5

Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований, в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

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

1. Инородные тела дыхательных путей
2. Синдром дыхательных расстройств у детей: основные причины, клиника, диагностика, лечение.
3. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
4. Пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс: причины, клиника, диагностика, лечение.
5. Киста легкого: клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
6. Лобарная эмфизема: клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
7. Закрытые повреждения почки: причины, классификация, диагностика, лечение.
8. Закрытые повреждения печени у детей: причины, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
9. Внутривнутрибрюшные кровотечения: причины, клиника, диагностика, лечение.

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

Продемонстрировать следующие практические навыки:

- 1) катетеризация мочевого пузыря у девочек и мальчиков,
- 2) проведение экскреторной урографии,
- 3) пункция коленного сустава,
- 4) плевральная пункция, постановка плеврального дренажа,
- 5) закрытая репозиция при переломе лучевой кости,
- 6) закрытая репозиция при переломе пятой пястной кости,
- 7) проведение спицы для наложения скелетного вытяжения,
- 8) наложение гипсовых лонгет и повязок,
- 9) первичная хирургическая обработка ран (наложение швов),

- 10) первичная хирургическая обработка при ожогах 1 – 3 степени,
- 11) снятие швов,
- 12) вправление подвывиха головки лучевой кости,
- 13) вскрытие гнойников (фурункул, лимфаденит, панариций),
- 14) смена повязки после плановых операций,
- 15) смена повязки у ожоговых больных,
- 16) смена повязки и постановка дренажей у гнойных больных,
- 17) операция при вросшем ногте,
- 18) ассистенция при аппендиците, перитоните, кишечной непроходимости, повреждении
- 19) внутренних органов,
- 20) ассистенция на плановых операциях (грыжесечение, водянка яичка, крипторхизм,
- 21) варикоцеле, фимоз),
- 22) криодеструкция гемангиом жидким азотом,
- 23) электрокоагуляция ангиопапиллом и сосудистых звездочек,
- 24) удаление контагиозного моллюска,
- 25) определение группы крови,
- 26) определение индивидуальной совместимости при переливании крови.

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):

Задача 1.

При операции по поводу закрытой травмы живота у ребенка 8 лет повреждений паренхиматозных и полых органов не обнаружено. Однако в брюшной полости обильный геморрагический выпот, на брыжейке и сальнике множественные пятна стеаринового некроза.

О повреждении какого органа следует подумать, какова должна быть дальнейшая тактика хирурга?

Задача 2.

У ребенка 1,5-месячного возраста отмечается желтуха, интенсивность которой прогрессивно нарастает. Объективно: кожа и слизистые оболочки ярко-желтого цвета, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, край ее заострен, перкуторно определяется жидкость в отлогах местах живота. В крови резко повышены цифры билирубина в основном за счет прямого. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача 3.

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка. С каким видом грыжи вы встретились, каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

Задача 4.

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую

оболочку полого органа. О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае, какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

Задача 5.

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней. Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

Задача 6.

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости. Какое осложнение возникло у ребенка, каковы, предположительно, могут быть его причины, лечебная тактика?

Задача 7.

Ребёнку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевое образование в верхних отделах заднего средостения справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника.

Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.

Задача 8.

В приёмное отделение детской клинической больницы поступил 7-летний ребёнок с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3 дней, субфебрильную температуру тела в течение недели. При сборе анамнеза заболевания установлено, что больной ослаблен в течение последних 3 нед, снижен аппетит, стул 2–3 раза в день, разжижен. При осмотре обращают на себя внимание астенизация, бледность и сухость кожных покровов, при пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины сомнительны, в экспресс-анализе крови: лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч. В связи с подозрением на острый аппендицит больной взят в операционную, проведена лапароскопия. При ревизии выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4×6 см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2–3 см мезентериальные лимфатические узлы.

Каково ваше заключение по данному случаю? План обследования и лечения?

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 – X пересмотр, принятой 43 – Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

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

1. Острый несложненный аппендицит. Кдника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Тазовый аппендицит у детей. Особенности клинической картины.

Дифференциальная диагностика.

3. Дивертикул Меккеля у детей. Эмбриогенез, клинические проявления, осложнения, тактика хирурга.
4. Осложнения острого аппендицита. Сравнительная характеристика, тактика лечения.
5. Аппендикулярный перитонит. Клиника, диагностика, лечение.
6. Первичный перитонит, Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом. Лечение.
7. Аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс. Сравнительная характеристика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
8. Острый неспецифический мезадениет. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика с острым аппендицитом. Лечебная тактика.
9. Острый панкреатит. Этиология, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Перфоративная язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
11. Перфорация кишки: причины, клиника, диагностика, лечение.
12. Желудочное кровотечение: причины, клиника, диагностика, лечение.
13. Пищеводные кровотечения: причины, Клиника, диагностика, лечение.
14. Синдром Маллори-Вейса
15. Апоплексия яичника: причины, клиника, диагностика, лечение.
16. Классификация термических ожогов у детей.
17. Ожоговая болезнь.
18. Кишечная инвагинация. Виды, причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
19. Основные принципы лечения гнойных хирургических заболеваний у детей.
20. Острый гематогенный остеомиелит. Клинические формы, диагностика, лечение.
21. Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита.
22. Причины странгуляционной кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.
23. Инородные тела дыхательных путей
24. Синдром дыхательных расстройств у детей: основные причины, клиника, диагностика, лечение.
25. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
26. Пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс: причины, клиника, диагностика, лечение.
27. Киста легкого: клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
28. Лобарная эмфизема: клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
29. Закрытые повреждения почки: причины, классификация, диагностика, лечение.
30. Закрытые повреждения печени у детей: причины, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
31. Внутривнутрибрюшные кровотечения: причины, клиника, диагностика, лечение.

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

Задание 1. Вы - врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 6 мес через 8 ч от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок стучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе».

Каковы ваши предварительный диагноз и тактика врача стационара?

Задание 2. Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроза печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения АД - 90/50 мм рт.ст. Гемоглобин - 86 г/л.

Каковы ваши предварительный диагноз, тактика лечения?

Задание 3. Вы - врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 8 лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Живот мягкий, безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка.

Каковы ваши предварительный диагноз, тактика лечения?

Задание 4. Вы - участковый педиатр, осматриваете ребенка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние 2 дня.

Каковы ваши предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

Задание 5. Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура тела - 37,6°C, тахикардия, АД - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре: в левом подреберье определяются болезненность, ригидность мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вы - дежурный врач неотложной помощи.

Каковы ваши диагноз, план обследования на госпитальном этапе, тактика лечения?

Задание 6. Девочке 11 лет, находилась в соматическом отделении поликлиники, перед вызовом к врачу почувствовала головокружение, звон в ушах, потемнение в глазах, тошноту. После этого потеряла сознание. Кожные покровы очень бледные. Зрачки сужены, их реакция на свет отсутствует. Конечности холодные наощупь, покрыты потом. Дыхание поверхностное, ровное. Пульс редкий, слабого наполнения и напряжения, АД - 80/30 мм рт.ст. Периферические вены пусты. Через несколько минут у девочки восстановилось сознание, она подняла веки, стала шевелить губами, реагировать на окружающее, возвратилась нормальная окраска кожных покровов, восстановились сердечно-сосудистая деятельность и адекватное дыхание.

Поставьте диагноз. Чем обусловлено это состояние? Проведите дифференциальную диагностику. Какое лечение необходимо провести в момент приступа?

Задание 7. Ребенку 6 лет, Находится в клинике в диагнозом «цирроз печени, портальная гипертензия». Состояние стало прогрессивно ухудшаться. Умеренная тахикардия и нормальное АД сменились выраженной тахикардией и снижением АД до 75/40 мм рт.ст. Увеличилась отдышка, значительно уменьшился диурез. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, обильно покрыты липким холодным потом. Тоны сердца глухие. Пульс очень частый, слабый. ЦВД - 11 мм вод.ст. Дважды была кровавая рвота. Hb снизился до 52г/л, Ht - 21%.

Что произошло с больным? Каковы план обследования, окончательный диагноз, критерии диагностики? Назначьте лечение. Когда возникает необходимость в переливании препаратов крови?

Задание 8. Ребенок 8 лет был сбит автомобилем, доставлен в больницу через час после получения травмы. Состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы бледные, холодные

на ощупь. На лице видны ссадины, на теменной и височной областях - гематомы. Скальпированная рана левой голени и верхней трети бедра. Дыхание поверхностное, частое. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Там же расположена обширная гематома, в области VIII-X ребра, на заднебоковой поверхности. Пульс - 130 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 60/20 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот напряжен, особенно в левой половине. Зрачки обычных размеров, одинаковые, реакция на свет вялая. Сухожильные рефлексы вялые, патологических знаков нет. В анализе крови pH - 7,10; pCO₂ - 49 мм рт.ст.; pO₂ - 56 мм рт.ст.; BE - 12 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании травматических повреждений костей черепа не выявлено. Перелом левого бедра со смещением в верхней трети. Перелом VIII-X ребер слева.

Поставьте диагноз. Каков план дополнительного обследования? Назначьте лечение. Проведите интерпретацию КЩС.

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):

Задача 1.

Вы — врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, однократная рвота. Ребенок сучит ножками, подтягивает их к животу. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе».

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика врача неотложной помощи.
3. Тактика врача стационара.

Задача 2.

У девочки 13 лет в течение 3 дней отмечаются боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре - бледная, вялая, жалуется на боли в животе. Температура тела в утренние часы - 37,9⁰С, вечером — 38,8⁰С. В органах грудной клетки отклонений не выявлено. Пульс — 92 удара в минуту. Живот не вздут. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размером 6 x 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга — положительный. Лейкоцитоз — 16,2 x 10⁹/л.

Предварительный диагноз.

Тактика врача-педиатра.

План обследования для уточнения диагноза.

Тактика врача-хирурга.

Задача 3.

Ребенок 7 лет, мальчик, поступил в отделение детской хирургии с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Температура тела — 37,6⁰С. Лейкоциты крови — 5,7 x 10⁹/л. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острый аппендицит был исключен.

Предварительный диагноз.

Возможные заболевания.

План обследования ребенка.

Задача 4.

Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,6⁰С, насморка, кашля, болей в правой половине живота. Выражена одышка. Дыхание жесткое, справа в нижней доле — резко ослаблено,

прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс — 106 ударов в минуту. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот.

Предварительный диагноз.

Дифференциальная диагностика.

План обследования.

Тактика лечения.

Задача 5.

Девочка 3 лет заболела остро, появились боли в нижних отделах живота, температура тела — $39,4^{\circ}\text{C}$, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вялый, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре живот напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Выявлены гиперемия зева и слизистых оболочек, гиперемия вульвы, выделения из влагалища.

Предварительный диагноз.

План обследования.

Лечебная тактика.

Задача 6.

Вы — врач-педиатр, вызваны к ребенку 3 месяцев с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. Из анамнеза известно, что самостоятельного стула нет с рождения, стул только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом в небольших количествах. Живот увеличился в размерах.

Ваш предварительный диагноз (наиболее вероятный).

Тактика врача -педиатра.

План обследования, лечения.

Задача 7.

Вы — врач неотложной помощи, вызваны к новорожденной 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних 2 суток. Появилось вздутие живота. Ребенок отказывается от еды, срыгивает. Родители попытались сделать очистительную клизму, но не смогли, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

Ваш предварительный диагноз.

Тактика врача неотложной помощи.

План обследования и лечения.

Задача 8.

Вы — врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных, приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было 2 суток. Из анамнеза известно, что в возрасте 3 лет ребенку была выполнена аппендэктомия. При осмотре живот вздут, мягкий, болезненный. Симптомы напряжения брюшины отсутствуют. Перистальтика усилена. Газы не отходят.

Ваш предварительный диагноз.

Тактика врача неотложной помощи.

План обследования и лечения.

Задача 9.

К Вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребенка 9 лет с жалобами на стойкое повышения температуры до $38 - 39^{\circ}\text{C}$, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. За 2 — 3 дня до начала болезни у ребенка отмечалась травма — удар мячом в область правого коленного сустава во время игры в футбол. При осмотре : ребенок на ногу не встает, движения в коленном суставе болезненны. Виден отек мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз.

Тактика врача неотложной помощи.

План обследования и лечения.

Задача 10.

К Вам обратился ребенок 9 лет. Заболел 5 дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура тела до 39⁰ С. При осмотре выявлены: отек и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены, болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

Тактика врача поликлиники, план обследования, лечения.

Задача 11.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводие. Оценка по шкале Апгар — 7-8 баллов. Масса тела при рождении — 3000 г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зеленый цвет), в последующие дни стула не было. С увеличением объема кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, он вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, с мраморным оттенком. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 160 ударов в минуту. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено 60 мл молока без примесей. Ампула прямой кишки пустая.

Масса тела ребенка на четвертые сутки жизни составила 2460 г. В анализе крови : рН – 7,51; рСО₂ — 34,6 мм рт.ст.; ВЕ - +4,5; Нb – 180 г/л; Нt – 75%; Na⁺ плазмы — 132 мЭкв/л; К⁺ плазмы — 3,8 мЭкв/л.

Ваш предварительный диагноз.

Тактика врача-педиатра родильного дома.

План обследования и лечения.

Задача 12.

В отделение патологии новорожденных поступил ребенок в возрасте 26 дней. Из анамнеза известно, что с рождения он лечился по поводу омфалита и пиодермии. За 2 суток до поступления родители обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

Ваш предварительный диагноз.

План обследования.

План лечения.

Задача 13.

На пятые сутки жизни отмечено значительное ухудшение состояния ребенка: выражен токсикоз, температура тела – 38,8⁰ С. Ребенок вял, заметна мраморность кожных покровов с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненная. Ребенок за сутки потерял в массе тела 120 г. Масса тела ребенка на момент осмотра – 2800 г.

В общем анализе крови – лейкоцитоз 16,3 x 10⁹/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы – 32%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 11%, моноциты – 6 %, СОЭ – 6 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. План лечения.

Задача 14.

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и нормальных родов с массой тела 3600 г. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Находился на естественном вскармливании. Прибавка массы тела за первый месяц – 700г.

С месячного возраста начал срыгивать створоженным молоком 1 – 2 раза в день, затем появилась обильная рвота фонтаном. Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяц 10 дней. Потеря массы тела за неделю составила 400 г. Состояние тяжелое, ребенок вял, тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка истончена. Во время осмотра отмечалась обильная рвота фонтаном створоженным молоком без примеси желчи. Сердце и легкие – без особенностей, живот мягкий, вздут в эпигастральной области, после рвоты опал. Видна усиленная перистальтика желудка в виде «песочных часов». Масса тела ребенка при осмотре – 3750 г. В анализе крови - pH – 7,56; pCO₂ – 38 мм рт. ст.; BE - +12; Hb – 112г/л, Ht- 56%; K⁺ плазмы - 3,2 мЭкв/л; Na⁺ плазмы – 135 мЭкв/л.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача педиатра.
3. План обследования больного.
4. Тактика лечения.

Задача 15.

В возрасте 21 день отмечено ухудшение состояния ребенка, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения в плечевом суставе ограничены, болезненны. Масса тела ребенка – 3600 г. В анализе крови лейкоцитоз 12,5x10⁹/л; лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 26%, эозинофилы – 0%, лимфоциты – 6%, моноциты – 8%, СОЭ – 22 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача педиатра.
3. План обследования больного.
4. План лечения.

Задача 16.

Ребенок родился в срок с массой тела 3200 г. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. На третьи сутки состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с желчью. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 120 ударов в минуту. Живот запавший, умеренно напряженный, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с темной кровью. Масса тела ребенка на момент осмотра – 3000г.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача 17.

Ребенок родился в срок с массой тела 2800 г. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на вторые сутки состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. В легких и сердце отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребенка – 2600 г.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Задача 18.

Ребенок родился с массой тела 2600 г от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 10 – 12 недель. Многоводие, оценка по шкале Апгар – 8 баллов. С рождения отмечено обильное выделение пенистой слюны. При осмотре через 12 часов после рождения -состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются

множественные влажные хрипы, частота дыхания – 80 в минуту. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой среднеключичной линии. Частота сердечных сокращений – 152 удара в минуту. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача неонатолога.
3. План обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача 19.

Ребенок родился в срок с массой тела 2500 г. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил. При осмотре на вторые сутки состояние ребенка тяжелое: вялый, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Масса тела - 2200 г.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача неонатолога.
3. План обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача 20.

Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно его состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в минуту, цианоз, кряхтящее дыхание. Температура тела – 37,5⁰С. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно там же дыхание не прослушивается.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача педиатра.
3. План обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача 21.

Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал, ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов боли в животе усилились, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимает вынужденное положение на левом боку. Температура тела – 37,6⁰С, тахикардия, АД – 90/60 мм рт. ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача неотложной помощи.
3. План обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача 22.

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, которая появилась 2 часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, увеличено в размерах, при пальпации резко болезненно, малоподвижно. Кожа мошонки справа гиперемирована.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. тактика врача педиатра.
3. План обследования.
4. Лечение.