

Электронная цифровая подпись



Утверждено 25 мая 2023 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Детская хирургия»**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело
Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник**

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «Детская хирургия»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Детская хирургия»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
иОПК-4.1.	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
иПК-1.2.	Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
иПК-1.3.	Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
иПК-2.2.	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний

	в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.5.	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.6.	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.7.	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.8.	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «**Детская хирургия**» выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание рефератов по темам:

Тема №1 «Общие вопросы детской хирургии»

1. Особенности диспансеризации детей с хирургической патологией.
2. Организация работы детского хирургического отделения.

Тема №2 «Детская урология-андрология.»

1. Диагностика и лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.
2. Диагности и лечение варикоцеле.

Тема №3 «Абдоминальная хирургия.»

1. Функциональные заболевания пищевода и желудка у детей (ахалазия, халазия, пилороспазм, желудочно-пищеводный рефлюкс).
2. Желчекаменная болезнь. Лапароскопическое лечение.

Тема №4 «Торакальная хирургия, травматология.»

1. Первичная хирургическая обработка ран (резанных, колотых, укушенных, огнестрельных) у детей.
2. Детский травматизм.

Тема №5 «Гнойная хирургическая инфекция.»

1. Особенности лечения парапроктитов у детей.
2. Мастит новорождённых.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

4.2 Решение ситуационных задач по темам:

Тема 1

Общие вопросы детской хирургии

Ситуационная задача 1.

В хирургическом отделении планируется оперативное вмешательство ребенку возраста 4-го дня жизни, масса тела - 3600 г. Врач назначил премедикацию М-холинолитики - атропин в дозе 0,02 мг/кг внутримышечно за 30 мин до вводной анестезии.

Правильное ли назначение сделал врач в данном случае, по вашему мнению?

Правильный ответ: Да

Ситуационная задача 2.

У ребёнка 2 недели, находящегося в детском отделении по поводу стафилококковой пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

1. О каком осложнении пневмонии идёт речь?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимы для его подтверждения?
3. Какие их результаты следует ожидать?
4. Транспортируема ли ребёнок с этим осложнением из района области?
5. В чём заключается экстренная помощь?
6. Какова тактика дальнейшего лечения ребёнка?

К задаче прилагаются рентгенограммы

Ответ на ситуационную задачу 2.

1. Речь идёт о деструктивной пневмонии, осложнённой напряжённым пиопневмотораксом.
2. Наличие осложнения подтверждается обзорной рентгенограммой грудной клетки в 2 проекциях.
3. На ней будет виден широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, поджатое к корню лёгкое, воздух снаружи от него, смещение средостения в противоположную сторону.
4. Нетранспортируема до оказания адекватной хирургической помощи.
5. Она заключается в проведении экстренного торакоцентеза с установлением в плевральную полость трубчатого перфорированного дренажа с подключением его к системе пассивного подводного дренирования по Бюлау.
6. В дальнейшем продолжается комплексное интенсивное лечение деструктивной пневмонии. После прекращения поступления по дренажу гноя и воздуха и расправления лёгкого по рентгенограмме дренаж пережимается, через сутки повторяется рентгенограмма - если лёгкое при этом осталось расправленным, то дренаж удаляют.

Задача 3

У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Из анамнеза известно, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает. На момент осмотра: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 100 уд/мин, АД - 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко

ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. Инородное тело в ротоглотке не видно.

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.

Ответ на ситуационную задачу №3

Диагноз: Инородное тело верхних дыхательных путей. Однако, учитывая анамнез и клинику можно думать об инородном теле гортани

Неотложные мероприятия.

Ответ: при наличии атропина необходимо ввести 0,4 мл атропина в/в или в дно полости рта для снятия спазма мышц гортани. Одновременно следует подготовить инструменты для проведения трахеотомии или коникотомии, или набор для интубации трахеи. Обеспечивается подача кислорода.

Дальнейшая тактика

при поступлении больной госпитализируется в отделение реанимации. В экстренном порядке проводится бронхоскопия с удалением инородного тела. После проведения бронхоскопии возможны три основных варианта: 1) Инородное тело удалено без травмы слизистой трахеи – в этом случае назначаются муколитики, рентгенография органов грудной клетки. Ребенок оставляется под наблюдение педиатра на 1-2 дня для исключения легочных осложнений. 2) Инородное тело удалено, но манипуляция была травматичной с развитием кровотечения или травмы слизистой. В этом случае ребенок оставляется под наблюдение педиатра, с профилактической целью назначаются антибиотики (один широкого спектра в возрастных дозировках), а также ранозаживляющие препараты – актовегин или солкосерил в возрастных дозировках. Особое внимание обращается на возможное развитие стеноза гортани, что требует назначение ингаляций (противоотечная смесь, ингаляции с бронхолитином). 3) Инородное тело не удалено. В этом случае следует опасаться развития тяжелой гипоксии с поражением вещества головного мозга, а также в обязательном порядке развития ателектазов и пневмонической инфильтрации, а иногда и кровотечения. Назначаются 2 антибиотика в возрастных дозировках, активная ингаляционная терапия, посиндромная терапия дыхательной недостаточности. В случае гипоксической энцефалопатии или перенесенной реанимации дополнительно назначается ИВЛ, дегидратационная терапия, вводится пирарцетам и гормональные препараты.

Условия транспортировки.

на медицинском транспорте, оснащенном набором для проведения интубации и проведения ИВЛ (мешок Амбу, аппарат ИВЛ) в сопровождении медработника, владеющего приемами проведения первичной реанимации и интубации трахеи, с подачей кислорода, в вертикальном положении.

Тема 2

Детская урология-андрология

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное,

смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).
3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведению яичка в мошонку.
4. Ребёнок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением сонографического мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.
5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и гиперемия левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных

объективного осмотра (обнаружен отек и гиперемия левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.

4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.

5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Задача №3

Девочка 10 лет наблюдается у педиатра по месту жительства с диагнозом ИМВП на протяжении 1 года. В связи с периодическими изменениями в ОАМ получает курсы антибактериальной терапии. Отмечались эпизоды повышения температуры тела без явлений ОРВИ. Предполагаемый диагноз, объем обследований и тактика лечения.

Ответ: Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вт.хр. пиелонефрит. Цистография, цистоскопия, эндоскопическая коррекция ПМР.

Задача №4

У мальчика 8 лет с раннего возраста ночное недержание мочи. В дневное время отмечаются частые позывы к мочеиспусканию. Мочеиспускание свободное безболезненное. ОАМ — норма. Методы диагностики, предполагаемый диагноз и тактика лечения? Ответ: Ночной энурез первичный немоносимптомный. ГАМП, обследование - КУДИ, дневник мочеиспусканий, оценка соотношения дневного и ночного диуреза. Лечение — при ГАМП- холинолитик, ФТЛ, после устранения явлений ГАМП, решение вопроса о десмопрессине.

Тема 3

Абдоминальная хирургия

Ситуационная задача №1

Больная 17 лет была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. Болеет 5 суток. Лечилась самостоятельно, принимала обезболивающие и спазмолитики. В правом подвздошном участке пальпируется плотное образование, которое практически неподвижное, с четкими контурами. Был установлен диагноз: аппендикулярный инфильтрат. Ваша последующая тактика?

Ответ на ситуационную задачу №3

Консервативное лечение

Ситуационная задача №2

У ребенка 5 мес. Внезапно появилось беспокойство, плачет, стучит ножками. Была однократная рвота. Подобное состояние продолжалось 10-12 мин, затем ребенок успокоился и заснул. Через некоторое время вновь повторился подобный приступ. Живот умеренно вздут, мягкий во всех отделах, в правой половине живота пальпируется опухолевидное образование мягко — эластической консистенции, был скудный стул с примесью крови. При пальцевом ректальном исследовании на пальце кровь. Диагноз?

Ответ: Спаечная кишечная непроходимость. Необходимо проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости. Попытаться устранить непроходимость консервативными методами: очистительная клизма, спазмолитики, гипертонические растворы хлорида натрия и кальция внутривенно, паранефральная новокаиновая блокада. Если непроходимость не разрешилась, необходимо оперативное лечение.

Задача 3. У новорожденного доношенного ребенка после рождения обнаружена грыжа пупочного канатика размером 6х8 см без сопровождающих пороков развития заболеваний. Ваша тактика?

Эталон ответа- У ребенка можно использовать операцию по Гроссу

Задача №4 У девочки 13 лет на протяжении 3 суток были боли в животе, повышения температуры тела, рвоты. Во время осмотра ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Пульс 92 в минуту, частота дыхания 25 в минуту. Живот не сдут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6х6 см. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Лейкоцитоз 16,2х10⁹/л. Какие симптомы свидетельствуют о наличии интоксикации у ребенка?

1. Боли в животе, рвота; В. Боли в животе, образование, пальпируемое в животе, вздутие живота;
2. Повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, тахикардия, тахипное;

3. Давность заболевания, тахикардия;
4. Боли в животе, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

Эталон: 2

Тема 4

Травматология

Ситуационная задача № 1.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».

Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены.

Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперёд у мальчика 13 лет. При расспросе удалось установить, что накануне мальчик упал на спину, катаясь с горки. Отмечался кратковременный эпизод апноэ. Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, в лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 78 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность. Болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. Какой дополнительный метод исследования необходим?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор?

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII. Необходима рентгенография грудного отдела позвоночника, на которой можно диагностировать клиновидную деформацию тел грудных позвонков Th IV — V — VI — VII.

2. Диагноз «компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII, II степени компрессии» установлен на основании факта травмы (упал на спину, катаясь с горки, был кратковременный эпизод апноэ), жалоб на боль в спине, усиливающуюся при наклонах туловища вперёд, болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд); данных объективного обследования (при пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность); рентгенологической картины (клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV-VII).

3. Срочная госпитализация в травматологическое отделение. Обезболивание, функциональное лечение путем вытяжения на кольцах Дельбе.

4. Вытяжение на кольцах Дельбе 3 недели, поэтапная лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, физиопроцедуры, массаж. Через 1,5 месяца разрешается более активный образ жизни, исключая сидение.

5. В течение 6 месяцев ребёнок может стоять и лежать, продолжать лечебную гимнастику, профилактическое ношение корсета — 6 месяцев.

Ro-графия через 6 месяцев: при отсутствии увеличения степени компрессии и при хорошо сформированном мышечном корсете возможно отменить ношение корсета.

Прогноз — при несоблюдении рекомендаций, расширение объёма движений — развитие раннего остеохондроза. При правильном лечении прогноз благоприятный.

Ситуационная задача №3

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребёнок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком.

Ребёнок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту.

Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребёнок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту.

Аускультативно — в лёгких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бёдер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отёка, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью,

часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №3

1. Термический ожог кожи II степени, до 10% поверхности тела.

2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипяток). Отёк, гиперемия кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для ожога II степени. Площадь ожога подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бёдер, голеней составит примерно 10% поверхности тела.

3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков.

4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.

5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

Ситуационная задача №4

Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте — 5 баллов, на 5 минуте — 7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС — 165 ударов в

минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия. При обследовании получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $28 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, pH – 7,14. Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Ответ на ситуационную задачу №4

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
3. Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР — агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы — пневмонии.
4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорождённого в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

Тема 5

Гнойная хирургическая инфекция

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с мальчиком В. 8 месяцев через 3 дня от начала заболевания. Со слов матери, у ребёнка отмечается беспокойство при акте дефекации, повышение температуры до субфебрильных цифр. Сегодня мать увидела гиперемию и припухлость рядом с анальным отверстием. У ребёнка поднялась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, отмечается задержка стула, беспокойство. Ребёнок родился от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении – 3250 г. Находится на смешанном вскармливании. Наблюдается у врача-педиатра участкового с неустойчивым стулом, склонностью к запорам. Инфекционных и вирусных заболеваний не было. Растёт и развивается соответственно возрасту. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Отмечалась аллергическая реакция в виде очаговой гиперемии, сухость кожи на щеках, ягодицах на определённые продукты (манная каша, картофель). Состояние удовлетворительное. Температура – $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожа и слизистые розовые,

влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система сформирована правильно. В лёгких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. В области заднепроходного отверстия на 7 часах условного циферблата

определяется гиперемия, припухлость. При пальпации определяется болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Острый гнойный парапроктит, подкожно-подслизистая форма. Необходимо выполнить общий анализ крови.

2. Диагноз «острый гнойный парапроктит» устанавливается на основании жалоб: беспокойство при акте дефекации, задержка стула, повышение температуры до 38,2°C, гиперемия около анального отверстия; объективного обследования: в области ануса на 7 часах условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

3. Срочно направить на госпитализацию в хирургическое отделение. Лечение острого парапроктита — оперативное. Операция заключается во вскрытии гнойника с иссечением (рассечением) свища и несущей свищ крипты.

4. В послеоперационном периоде назначают УВЧ-терапию, антибиотикотерапию, подмывание слабо-розовым раствором марганцево-кислого калия, противовоспалительными травами. Осложнения — при позднем обращении флегмоны таза, септические осложнения. При нерадикальном иссечении внутреннего отверстия — рецидивы, переход в хроническую форму.

5. После выписки ребёнка из стационара — режим дня и вскармливание по возрасту.

Осмотр врачом-детским хирургом поликлиники с целью своевременной диагностики хронического парапроктита.

Ситуационная задача №2

Мальчик Ч. 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен врачом-педиатром участковым, назначено лечение по поводу ОРВИ, сопутствующая патология — ушиб бедра. В течение последующих суток отмечаются подъёмы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилились боли в левом бедре. Ребёнок не встает на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения. Родился доношенным, от I беременности, срочных родов с массой 3500 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита. К концу 2 суток от начала заболевания вновь вызван врач-педиатр участковый. При осмотре ребёнка выявлено: состояние тяжёлое, вялый, негативен на осмотр, температура — 39,1°C. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. При аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание редкое, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована наружу. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряжённый отёк, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок; ограниченные и болезненные движения в коленном суставе. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и какие признаки помогут вам в обосновании диагноза?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости, септико-пиемическая форма. Двусторонняя септическая пневмония. Необходимо выполнить: сравнительную рентгенографию бедренных костей для исключения перелома и изменений в структуре кости; рентгенографию грудной клетки с целью подтверждения наличия признаков пневмонии: в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободные, смещения органов средостения нет; общий анализ крови: лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг.
2. Диагноз «острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости» установлен на основании жалоб: боль в нижней трети левого бедра, гипертермия, нарушение функции (не встаёт на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения). Провоцирующим фактором явился ушиб бедра при падении с велосипеда, но на рентгенограмме линии перелома, изменений структуры кости нет. Септико-пиемическую форму течения острого гематогенного остеомиелита обосновывают клиничко-рентгенологической картиной двусторонней септической пневмонии: цианоз носогубного треугольника; при аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья; на рентгенограмме грудной клетки в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободны, смещения органов средостения нет. В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, что указывает на гнойно-воспалительный процесс.
3. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения. При нарастании признаков дыхательной недостаточности — в реанимационное отделение. Лечение ОГО комплексное: дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза; антибактериальная терапия направлена (подавление типичного для ОГО микроорганизма *St. Aureus*); санация и дренирование гнойного очага — остеоперфорации (2-3 отверстия) с последующим промыванием костномозгового канала антисептиками и введение антибиотиков; ежедневные перевязки, исключить опору на больную конечность.
4. Антибактериальная терапия до нормализации показателей общего анализа крови. Перевязки с растворами антисептиков. Ходьба на костылях без опоры на больную конечность. Физиотерапевтические процедуры с противовоспалительной целью для улучшения микроциркуляции. Рентгенография левого бедра, костей, образующих левый коленный сустав на 21 день заболевания.
5. После выписки из стационара ребенок 1 месяц соблюдает домашний режим, ходит на костылях, освобождается от занятий физической культуры (показана лечебная физкультура), контроль общего анализа крови. Контрольная рентгенография через 1 месяц, далее по показаниям в соответствии с клиничко-рентгенологической картиной.

Тема №1 «Общие вопросы детской хирургии».

Ситуационная задача №1

У новорожденного с первых минут после рождения отмечено обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны.

1. О каком пороке развития у новорождённого следует прежде всего подумать?
2. Как его исключить или подтвердить?
3. Чем грозит несвоевременное установление диагноза и непринятие мер по его адекватному лечению?
4. По каким признакам можно заподозрить порок, если не принят во внимание указанный выше признак?
5. Каковы действия врача родильного дома по установлению диагноза порока?
6. Принципы лечения порока?

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Нужно подумать об атрезии пищевода.

2. Подтвердить или исключить его можно попыткой введения зонда в желудок.
3. Развитием и быстрым прогрессированием аспирационной пневмонии.
4. Быстрым нарастанием количества влажных хрипов в лёгких и эпизодами аспирации при попытке прикладывания ребёнка к груди.
5. Перевод ребёнка в детское хирургическое отделение. До перевода необходимо принять меры по предотвращению аспирации слюны в дыхательные пути -организовать отсасывание слюны и слизи из полости рта и глотки через каждые 15 минут, продолжать это и в период транспортировки, потому она должна осуществляться медсестрой или врачом. С ребёнком нужно направить выписку из истории родов, согласие матери на операцию и справку о рождении.
6. При поступлении в детское хирургическое отделение ребёнку проводится рентгенологическое исследование пищевода с контрастом для определения уровня атрезии и наличия трахеопищеводного свища. Проводится предоперационная подготовка, направленная на профилактику аспирации и лечение аспирационной пневмонии, парентеральное питание. Вид операции зависит от характера порока. В большинстве случаев она заключается в правосторонней экстраплевральной торакотомии, перевязке и пересечении нижнего трахеопищеводного свища, наложении прямого анастомоза между концами пищевода. При большом диастазе между ними и невозможности наложить прямой анастомоз накладывается шейная эзофагостома и гастростома. В последующем проводится пластика пищевода сегментом кишки.

Ситуационная задача №2

У ребёнка 2 недели, находящегося в детском отделении по поводу стафилококковой пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

1. О каком осложнении пневмонии идёт речь?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимы для его подтверждения?
3. Какие их результаты следует ожидать?
4. Транспортабелен ли ребёнок с этим осложнением из района области?
5. В чём заключается экстренная помощь?
6. Какова тактика дальнейшего лечения ребёнка?

К задаче прилагаются рентгенограммы

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Речь идёт о деструктивной пневмонии, осложнённой напряжённым пиопневмотораксом.
2. Наличие осложнения подтверждается обзорной рентгенограммой грудной клетки в 2 проекциях.
3. На ней будет виден широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, поджатое к корню лёгкое, воздух снаружи от него, смещение средостения в противоположную сторону.
4. Нетранспортабелен до оказания адекватной хирургической помощи.
5. Она заключается в проведении экстренного торакоцентеза с установлением в плевральную полость трубчатого перфорированного дренажа с подключением его к системе пассивного подводного дренирования по Бюлау.
6. В дальнейшем продолжается комплексное интенсивное лечение деструктивной пневмонии. После прекращения поступления по дренажу гноя и воздуха и расправления лёгкого по рентгенограмме дренаж пережимается, через сутки повторяется рентгенограмма - если лёгкое при этом осталось расправленным, то дренаж удаляют.

Тема №2 «Детская урология-андрология»

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание

безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).
3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведению яичка в мошонку.
4. Ребёнок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением сонографического мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.
5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и гиперемия левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и гиперемия левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.
3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.
4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Тема №3 «Абдоминальная хирургия»

Ситуационная задача № 1.

В хирургическое отделение обратилась мать с трехлетним ребенком, у которого на поликлиническом приеме был заподозрен острый аппендицит.

Молодой врач приемного отделения после кратковременного обследования нашел, что живот у ребенка «мягкий» и болезненность «нелокализованная». Диагноз острого аппендицита был отвергнут, и ребенок был отправлен домой. Матери даны рекомендации – привезти ребенка, «если боли в животе усилятся».

Через два дня ребенок был доставлен в тяжелом состоянии с картиной острого гнойного перитонита. При оперативном вмешательстве обнаружен гангренозный перфоративный аппендицит с диффузным гнойным воспалением брюшины. Спасти ребенка не удалось.

В чем сущность врачебной ошибки?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Врач приемного отделения невнимательно отнесся к больному ребенку и проявил профессиональное невежество.

Известно насколько нетипичной может быть клиническая картина острого аппендицита в различных стадиях заболевания, особенно у детей.

Во всех сомнительных случаях, при подозрении на острый аппендицит, больные (дети и взрослые) должны быть госпитализированы в хирургический стационар для динамического наблюдения, более широкого клинического обследования (УЗИ брюшной полости, ФГДС, анализ формулы крови в динамике и т.д.) для выяснения диагноза.

Врач приемного отделения пренебрег помощью более опытных хирургов, нарушив тем самым клятву Гиппократова.

Последовала жалоба матери. Дело на врача передано в судебно-следственные органы.

Ситуационная задача №2

У больного 17 лет интенсивные боли в эпигастральном участке, многократное рвота, которое не приносит облегчения, выражена общая слабость. . Объективно: общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные с одиночными фиолетовыми пятнами. Пульс-100 уд./мин., АД-100/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется ригидность брюшной стенки и болезненность в эпигастральном участке на 6 см. выше пупка и в левом реберно-позвоночном кутье, пульсация аорты в эпигастральном участке не определяется. Ваш диагноз?

Ответ на ситуационную задачу №2

Острый панкреатит.

Ситуационная задача №3

Больная 17 лет была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. Болеет 5 суток. Лечилась самостоятельно, принимала обезболивающие и спазмолитики. В правом подвздошном участке пальпируется плотное образование, которое практически неподвижное, с четкими контурами. Был установлен диагноз: аппендикулярный инфильтрат. Ваша последующая тактика?

Ответ на ситуационную задачу №3

Консервативное лечение.

Тема №4 «Торакальная хирургия. Травматология.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».

Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены.

Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперёд у мальчика 13 лет. При расспросе удалось установить, что накануне мальчик упал на спину, катаясь с горки. Отмечался кратковременный эпизод апноэ. Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, в лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 78 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность. Болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. Какой дополнительный метод исследования необходим?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор?

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII. Необходима рентгенография грудного отдела позвоночника, на которой можно диагностировать клиновидную деформацию тел грудных позвонков Th IV — V — VI — VII.

2. Диагноз «компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII, II степени компрессии» установлен на основании факта травмы (упал на спину, катаясь с горки, был кратковременный эпизод апноэ), жалоб на боль в спине, усиливающуюся при наклонах туловища вперёд, болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд); данных объективного обследования (при пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность); рентгенологической картины (клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV-VII).

3. Срочная госпитализация в травматологическое отделение. Обезболивание, функциональное лечение путем вытяжения на кольцах Дельбе.

4. Вытяжение на кольцах Дельбе 3 недели, поэтапная лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, физиопроцедуры, массаж. Через 1,5 месяца разрешается более активный образ жизни, исключая сидение.

5. В течение 6 месяцев ребёнок может стоять и лежать, продолжать лечебную гимнастику, профилактическое ношение корсета — 6 месяцев.

Ro-графия через 6 месяцев: при отсутствии увеличения степени компрессии и при хорошо сформированном мышечном корсете возможно отменить ношение корсета. Прогноз — при несоблюдении рекомендаций, расширение объёма движений — развитие раннего остеохондроза. При правильном лечении прогноз благоприятный.

Ситуационная задача №3

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребёнок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком.

Ребёнок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребёнок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в лёгких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бёдер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отёка, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №3

1. Термический ожог кожи II степени, до 10% поверхности тела.
2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипяток). Отёк, гиперемия кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для ожога II степени. Площадь ожога подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бёдер, голеней составит примерно 10% поверхности тела.
3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков.
4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

Ситуационная задача №4

Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте — 5 баллов, на 5 минуте — 7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС — 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный

ателектаз левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия. При обследовании получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $28 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, рН – 7,14. Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Ответ на ситуационную задачу №4

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
3. Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР — агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы — пневмонии.
4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорождённого в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

Тема №5 «Гнойная хирургическая инфекция»

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с мальчиком В. 8 месяцев через 3 дня от начала заболевания. Со слов матери, у ребёнка отмечается беспокойство при акте дефекации, повышение температуры до субфебрильных цифр. Сегодня мать увидела гиперемию и припухлость рядом с анальным отверстием. У ребёнка поднялась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, отмечается задержка стула, беспокойство. Ребёнок родился от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении – 3250 г. Находится на смешанном вскармливании. Наблюдается у врача-педиатра участкового с неустойчивым стулом, склонностью к запорам. Инфекционных и вирусных заболеваний не было. Растёт и развивается соответственно возрасту. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Отмечалась аллергическая реакция в виде очаговой гиперемии, сухость кожи на щеках, ягодицах на определённые продукты (манная каша, картофель). Состояние удовлетворительное. Температура – $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожа и слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система сформирована правильно. В лёгких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. В области заднепроходного отверстия на 7 часах условного циферблата

определяется гиперемия, припухлость. При пальпации определяется болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Острый гнойный парапроктит, подкожно-подслизистая форма. Необходимо выполнить общий анализ крови.
2. Диагноз «острый гнойный парапроктит» устанавливается на основании жалоб: беспокойство при акте дефекации, задержка стула, повышение температуры до 38,2°C, гиперемия около анального отверстия; объективного обследования: в области ануса на 7 часов условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.
3. Срочно направить на госпитализацию в хирургическое отделение. Лечение острого парапроктита — оперативное. Операция заключается во вскрытии гнойника с иссечением (рассечением) свища и несущей свищ крипты.
4. В послеоперационном периоде назначают УВЧ-терапию, антибиотикотерапию, подмывание слабо-розовым раствором марганцево-кислого калия, противовоспалительными травами. Осложнения — при позднем обращении флегмоны таза, септические осложнения. При нерадикальном иссечении внутреннего отверстия — рецидивы, переход в хроническую форму.
5. После выписки ребёнка из стационара — режим дня и вскармливание по возрасту. Осмотр врачом-детским хирургом поликлиники с целью своевременной диагностики хронического парапроктита.

Ситуационная задача №2

Мальчик Ч. 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен врачом-педиатром участковым, назначено лечение по поводу ОРВИ, сопутствующая патология — ушиб бедра. В течение последующих суток отмечаются подъёмы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилились боли в левом бедре. Ребёнок не встает на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения. Родился доношенным, от I беременности, срочных родов с массой 3500 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита. К концу 2 суток от начала заболевания вновь вызван врач-педиатр участковый. При осмотре ребёнка выявлено: состояние тяжёлое, вялый, негативен на осмотр, температура — 39,1°C. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. При аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочевыделение редкое, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована наружу. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряжённый отёк, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок; ограниченные и болезненные движения в коленном суставе. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и какие признаки помогут вам в обосновании диагноза?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости, септико-пиемическая форма. Двусторонняя септическая пневмония. Необходимо выполнить: сравнительную рентгенографию бедренных костей для исключения перелома и изменений в структуре кости; рентгенографию грудной клетки с целью подтверждения наличия признаков пневмонии: в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободные, смещения органов средостения нет; общий анализ крови: лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг.

2. Диагноз «острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости» установлен на основании жалоб: боль в нижней трети левого бедра, гипертермия, нарушение функции (не встаёт на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения). Провоцирующим фактором явился ушиб бедра при падении с велосипеда, но на рентгенограмме линии перелома, изменений структуры кости нет. Септико-пиемическую форму течения острого гематогенного остеомиелита обосновывают клинико-рентгенологической картиной двусторонней септической пневмонии: цианоз носогубного треугольника; при аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья; на рентгенограмме грудной клетки в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободны, смещения органов средостения нет. В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, что указывает на гнойно-воспалительный процесс.

3. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения. При нарастании признаков дыхательной недостаточности — в реанимационное отделение. Лечение ОГО комплексное: дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза; антибактериальная терапия направлена (подавление типичного для ОГО микроорганизма *St. Aureus*); санация и дренирование гнойного очага — остеоперфорации (2-3 отверстия) с последующим промыванием костномозгового канала антисептиками и введение антибиотиков; ежедневные перевязки, исключить опору на больную конечность.

4. Антибактериальная терапия до нормализации показателей общего анализа крови. Перевязки с растворами антисептиков. Ходьба на костылях без опоры на больную конечность. Физиотерапевтические процедуры с противовоспалительной целью для улучшения микроциркуляции. Рентгенография левого бедра, костей, образующих левый коленный сустав на 21 день заболевания.

5. После выписки из стационара ребенок 1 месяц соблюдает домашний режим, ходит на костылях, освобождается от занятий физической культуры (показана лечебная физкультура), контроль общего анализа крови. Контрольная рентгенография через 1 месяц, далее по показаниям в соответствии с клинико-рентгенологической картиной.

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Детская хирургия»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных	

	занятий) всего-24 часа	
1.	Общие вопросы детской хирургии	написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	Детская урология-андрология	написание рефератов, решение ситуационных задач
3.	Абдоминальная хирургия	написание рефератов, решение ситуационных задач
4.	Торакальная хирургия, травматология	написание рефератов, решение ситуационных задач
5.	Гнойная хирургическая инфекция Зачёт	написание рефератов, решение ситуационных задач

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Детская хирургия»

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

Для оценки рефератов:

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.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Детская хирургия»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «**Детская хирургия**»
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Детская хирургия»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-24 часа	
1.	Общие вопросы детской хирургии	написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	Детская урология-андрология	написание рефератов, решение ситуационных задач
3.	Абдоминальная хирургия	написание рефератов, решение ситуационных задач
4.	Торакальная хирургия, травматология	написание рефератов, решение ситуационных задач
5.	Гнойная хирургическая инфекция	написание рефератов, решение ситуационных задач
	Зачёт	

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Детская хирургия»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы