Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Министерство науки, высшего образования и инноваций Кыргызской Республики

Межгосударственная образовательная организация высшего образования Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина.

Фонд
оценочных средств

по дисциплине (практике)

Наименование Детская хирургия

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.02_26_1 Педиатрия

(код и наименование направления подготовки)

Специальность 31.05.02 - РФ, 560002 - КР Педиатрия

(наименование направленности (профиля) образовательной программы)

Квалификация

Врач-педиатр

Бишкек 2026г.

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний обучающихся по направлению подготовки специальности 31.05.02 - РФ, 560002 - КР Педиатрия по дисциплине (практике)

Детская хирургия.

Фонд оценочных средств рассмотрен и утвержден на заседании кафедры

педиатрии и детской хирургии, протокол № 1 от "26. 08." 2026г.

Заведующий кафедрой педиатрии и детской хирургии,

к.м.н., доцент М. Г. Шайдерова.

наименование

подпись *расшифровка подписи*

Руководитель образовательной программы

ФИО, *должность,* *подпись*

Исполнители:

должность *подпись* *расшифровка подписи*

должность *подпись* *расшифровка подписи*

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	**Знать:** современные методы ранней диагностики хирургических заболеваний, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику), причины и профилактику детского травматизма, комплекс мероприятий, направленный на сохранение и укрепление здоровья;	**Блок А, D -** задания репродуктивного уровня. Вопросы для собеседования. Тестовые задания (ТЗ). Задания закрытого типа. Проверка знаний терминологии, классификаций, нормативных актов и медицинских изделий. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Уметь: предпринимать меры профилактики направленные на предупреждение возникновения или распространения хирургических заболеваний у детей и подростков; Устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;	**Блок В, D** - задания реконструктивного уровня. Кейс-задачи / РПР, РГЗ/, Реферируемые практические работы. Расчетно-графические задания. /Расчеты инфузий, дозировок, площадей ожогов и индексов/. Клинические ситуации, требующие установления диагноза и выбора тактики. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Владеть: методами оценки функционального состояния пациентов для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий; навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением и детьми, направленной на пропаганду здорового образа жизни, предупреждение возникновения хирургических заболеваний;	**Блок С, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня. Практические навыки (ПН). Задания уровня «ВЛАДЕТЬ». Демонстрация манипуляций на фантомах, муляжах или в клинике . [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	**Знать**: основные и дополнительные методы обследования необходимые для оценки состояния пациента, результатов лечения на этапах наблюдения; алгоритм обследования детей с хирургическими заболеваниями, учетно-отчетную медицинскую	**Блок А, D -** задания репродуктивного уровня. Вопросы для собеседования. Тестовые задания (ТЗ). Задания закрытого типа. Проверка знаний терминологии, классификаций, нормативных актов и медицинских изделий. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].

	Уметь: анализировать и оценивать качество медицинской помощи,состояние здоровья населения, влияние на него факторов окружающей среды.	**Блок B, D** - задания реконструктивного уровня. Кейс-задачи / РПР, РГЗ/, Реферируемые практические работы. Расчетно-графические задания. /Расчеты инфузий, дозировок, площадей ожогов и индексов/. Клинические ситуации, требующие установления диагноза и выбора тактики. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Владеть: навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением и детьми, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение хирургических заболеваний;	**Блок C, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня. Практические навыки (ПН). Задания уровня «ВЛАДЕТЬ». Демонстрация манипуляций на фантомах, муляжах или в клинике . [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	**Знать:** основные патогномоничные признаки патологического состояния и их значимость в совокупности с обще клиническими симптомами.	**Блок A, D -** задания репродуктивного уровня. Вопросы для собеседования. Тестовые задания (ТЗ). Задания закрытого типа. Проверка знаний терминологии, классификаций, нормативных актов и медицинских изделий. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Уметь: раскрыть смысл проблем связанных со здоровьем и представить динамику развития патологического состояния.	**Блок B, D -** задания реконструктивного уровня. Кейс-задачи / РПР, РГЗ/, Реферируемые практические работы. Расчетно-графические задания /Расчеты инфузий, дозировок, площадей ожогов и индексов/. Клинические ситуации, требующие установления диагноза и выбора тактики. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Владеть: навыками поиска, систематизации и свободного изложения материала по хирургической патологии и другими нозологическими формами.	**Блок C, D -** задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня. Практические навыки (ПН). Задания уровня «ВЛАДЕТЬ». Демонстрация манипуляций на фантомах, муляжах или в клинике. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	**Знать:** Основы фармакотерапии, физиотерапии, немедикаментозных методов реабилитации в детской хирургии показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению, применению природных и других методов	**Блок A, D -** задания репродуктивного уровня. Вопросы для собеседования. Тестовые задания (ТЗ). Задания закрытого типа. Проверка знаний терминологии, классификаций, нормативных актов и медицинских изделий. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.], [Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].

	немедикаментозной терапии нуждающимся в медицинской реабилитации пациентов.	
	Уметь: раскрыть принципы воздействия (действия) природных лечебных факторов и немедикаментозных методов терапии при медицинской реабилитации пациентов.	**Блок B, D -** задания реконструктивного уровня. Кейс-задачи / РПР, РГЗ/, Реферируемые практические работы. Расчетно-графические задания /Расчеты инфузий, дозировок, площадей ожогов и индексов/. Клинические ситуации, требующие установления диагноза и выбора тактики. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].
	Владеть: навыками работы с природными лекарственными и немедикаментозными формами терапии (лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии) при медицинской реабилитации пациентов.	**Блок C, D -** задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня. Практические навыки (ПН). Задания уровня «ВЛАДЕТЬ». Демонстрация манипуляций на фантомах, муляжах или в клинике. [Л1.1, Л1.2, Л1.3.],[Л2.2, Л2.3,Л2.4, Л2.6], [Э1].

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Курс 5, семестр 9, ЗЕ – 3, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Неотложная абдоминальная хирургия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	11	16	6 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата;	3	8	

		Ситуационная задача			
Модуль 2					
Плановая хирургия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	11	16	12 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	3	8	
Модуль 3					
Гнойная хирургия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	9	14	17 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	3	8	
ВСЕГО за семестр			40	70	**18 неделя**
Промежуточный контроль (Зачет)	**Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по истории болезни**		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 5, семестр 10, ЗЕ – 3, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**зачетный минимум**	**зачетный максимум**	**график контроля**
Модуль 1					
Детская травматология	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	11	16	29 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации;	3	8	

		Ситуационная задача			
Модуль 2					
Детская ортопедия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	10	15	35 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	3	8	
Модуль 3					
Детская урология	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	10	15	40 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	3	8	
ВСЕГО за семестр			40	70	**41 неделя**
Промежуточный контроль (Зачет)	**Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по истории болезни**		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 6, семестр 11, ЗЕ – 6, Отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**зачетный минимум**	**зачетный максимум**	**график контроля**
Модуль 1					
Торокальная хирургия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах).	5	8	3 неделя

		Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***			
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	1,7	4	
Модуль 2					
Онкология детского возраста	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	5	8	6 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	1,7	4	
Модуль 3					
Хирургия новорожденных	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	5	7	9 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	1,7	4	
Модуль 4					
Колопроктоло-гия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	5	8	12 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	1,6	4	
Модуль 5					
Краниофациаль-ная хирургия	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах).	5	8	15 неделя

		Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***			
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	1,6	4	
Модуль 6					
Амбулаторная хирургия у детей	Текущий	Фронтальный опрос; Тестирование; Актуальность при участии в мозговом штурме. СРС. Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: ***за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.***	5	7	18 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	1,7	4	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Экзамен)	**Теоретическое задание; Ситуационная задача; Проверка остаточных знаний по дисциплине (теоретические вопросы, практические задания)**		20	30	**19 неделя**
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Модуль	логически завершенная часть дисциплины
Текущий контроль	самостоятельная работа обучающегося, посещаемость и активность на занятиях
Рубежный контроль результатов) по материалу модуля в целом	проверка полноты знаний и умений (достижения образовательных
Промежуточный	завершенная задокументированная часть учебной дисциплины –**контроль** совокупность тесно связанных между собой модулей дисциплины.

2. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

А.0 Фонд тестовых заданий по дисциплине.

А.1 Вопросы для опроса:

1. ***Тема.*** **Атрезия пищевода.**

1.1. Как провести пробу Шашкова (со звуковым зондированием) в родзале?

1.2. Клиническое значение наличия или отсутствия газа в кишечнике на рентгене при атрезии.

1.3. Особенности предоперационной аспирации из слепого конца пищевода.

2. ***Тема.*** **Врожденная диафрагмальная грыжа.**

2.1.Почему при подозрении на диафрагмальную грыжу категорически запрещена масочная ИВЛ?

2.2.Критерии «стабилизации» состояния новорожденного перед операцией.

2.3.В чем заключается патогенез легочной гипертензии при данном пороке?

3. ***Тема.*** **Врожденная кишечная непроходимость (высокая).**

3.1.Рентгенологический симптом «double bubble» — для каких патологий он характерен?

3.2.Отличия рвоты при пилоростенозе и дуоденальной атрезии.

3.3.Тактика при синдроме Ледда (заворот средней кишки).

4. ***Тема.*** **Аноректальные пороки (атрезии ануса)**

4.1. Техника выполнения и интерпретация инвертографии по Вангенстину.

4.2.Как диагностировать свищ в мочевую систему у мальчиков (анализ мочи)?

4.3.Сроки выполнения радикальной проктопластики при высоких формах атрезии.

5. ***Тема.*** **Гастрошизис и Омфалоцеле.**

5.1.В чем принципиальное различие в тактике защиты органов при этих пороках в родзале?

5.2.Понятие о «сило-пластике» (мешок Schuster) при больших размерах дефекта.

5.3.Причины высокого внутрибрюшного давления после погружения органов.

6. ***Тема.*** **Болезнь Гиршпрунга.**

6.1.Патоморфологическая суть заболевания (какие сплетения отсутствуют?).

6.2.Методика выполнения «пробы со свечой» и сифонной клизмы.

6.3.Показания к наложению превентивной стомы.

7. ***Тема.*** **Острый аппендицит у детей разного возраста.**

7.1.Особенности течения заболевания у детей до 3 лет.

7.2.Дифференциальная диагностика с копростазом и мезаденитом.

7.3.Тактика при аппендикулярном инфильтрате (почему нельзя оперировать сразу?).

8. ***Тема.*** **Инвагинация кишечника.**

8.1.Классическая триада симптомов инвагинации.
8.2.Показания и противопоказания к консервативному расправлению воздухом.
8.3.Критерии жизнеспособности кишки при деинвагинации во время операции.

9. ***Тема.*** **Перитонит у детей.**

9.1.Классификация перитонита по распространенности (местный, разлитой, общий).
9.2.Особенности «первичного» (диплококкового) перитонита у девочек.
9.3.Объем и цели предоперационной инфузионной подготовки.

10. ***Тема.*** **Дивертикул Меккеля.**

10.1.Клинические формы манифестации (кровотечение, воспаление, непроходимость).
10.2.Почему при операции по поводу аппендицита хирург обязан осмотреть 1 метр подвздошной кишки?
10.3.Методы диагностики безболевого кишечного кровотечения.

11. ***Тема.*** **Желчнокаменная болезнь и холецистит у детей**

11.1.Факторы, способствующие образованию камней в детском возрасте (гемолиз).
11.2.Особенности лапароскопической холецистэктомии у подростков.
11.3.Показания к ЭРХПГ при подозрении на холедохолитиаз.

12. ***Тема.*** **Острый гематогенный остеомиелит**

12.1.Локализация первичного очага (почему поражаются метафизы длинных трубчатых костей?).
12.2.Ранние рентгенологические признаки (через сколько дней появляются?).
12.3.Методика остеоперфорации и введения антибиотиков.

13. ***Тема.*** **Некротическая флегмона новорожденных**

13.1.Стадии развития местного процесса (отек, инфильтрация, отслойка кожи).

13.2. Тактика хирургических разрезов (почему они должны быть множественными?).

13.2.Причины развития тяжелого септического состояния.

14. ***Тема.*** **Деструктивная пневмония (плевральные осложнения)**

14.1.Классификация (пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс).
14.2.Техника пункции плевральной полости при напряженном пневмотораксе.
14.3.Показания к постановке активного дренажа по Бюлау.

15. ***Тема.*** **Гнойный мастит новорожденных**

15.1. Дифференциальный диагноз с физиологическим нагрубанием желез.
15.2. Направление разрезов при вскрытии гнойника (профилактика повреждения протоков).
15.3. Возможные отдаленные последствия для девочек.

16. ***Тема.*** **Синдром «отечной мошонки»**

16.1. Дифференциальная диагностика перекрута яичка и перекрута гидатиды.
16.2. «Золотой стандарт» времени (сколько часов есть на деторсию яичка?).
16.3. Методика мануальной деторсии (в какую сторону вращать?).

17. ***Тема.*** **Врожденный гидронефроз**

17.1. Анатомические причины обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента.
17.2. Роль экскреторной урографии и УЗИ с диуретической нагрузкой.
17.3. Принципы операции Андерсона-Хайнса.

18. ***Тема.*** **Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР)**

18.1. Степени ПМР по международной классификации.
18.2. Методика выполнения микционной цистоуретрографии.
18.3. Варианты эндоскопической коррекции (введение объемообразующих препаратов).

19. ***Тема.*** **Крипторхизм**

19.1. Отличия истинного крипторхизма от ложного (ретракции яичка).
19.2. Оптимальный возраст для проведения оперативного лечения.
19.3. Риски малигнизации неопущенного яичка в будущем.

20. ***Тема.*** **Гипоспадия**

20.1. Классификация форм (головчатая, стволовая, мошоночная, промежностная).
20.2. Почему при гипоспадии нельзя делать обрезание в младенчестве?
20.3. Основные этапы выпрямления полового члена и формирования уретры.

21. ***Тема.*** **Травмы органов брюшной полости**

21.1. Клинические признаки разрыва паренхиматозного органа (симптом «ваньки-встаньки»).
21.2. Возможности консервативного ведения травм селезенки у детей.
21.3. Диагностическая ценность лапароцентеза и FAST-УЗИ.

22. ***Тема.*** **Закрытая черепно-мозговая травма**

22.1.Особенности клиники сотрясения мозга у детей раннего возраста.
22.2.Светлый промежуток при эпидуральных гематомах — механизм развития.
22.3.Показания к проведению КТ головного мозга при травме.

23. ***Тема.*** **Ожоговая болезнь у детей**

23.1. Расчет площади ожога по таблице Лунда-Браудера (почему не «правило девяток»?).
23.2.Формула Паркланда для расчета инфузионной терапии в первые сутки.
23.3.Первая помощь при химическом ожоге пищевода.

24. ***Тема.*** **Опухоль Вильмса (нефробластома)**

24.1.Наиболее частый возраст манифестации и первичные жалобы.
24.2.Почему нельзя грубо пальпировать живот при подозрении на опухоль?
24.3.Стадирование и роль предоперационной химиотерапии.

25. ***Тема.*** **Детская онкохирургия (тератомы и нейробластомы)**

25.1. Локализация типичных тератом у новорожденных (крестцово-копчиковая область).
25.2. Специфические маркеры нейробластомы (катехоламины в моче).
25.3.Синдром кава-компрессии при опухолях средостения.

А.2. Тестовые задания:

1. При атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом на рентгенограмме брюшной полости определяется:
   А) Отсутствие газовых пузырей в кишечнике
   Б) Газ в желудке и кишечнике
   В) Одиночный газовый пузырь в эпигастрии
   Г) Симптом «чаш Клойбера»
   Д) Тотальное затемнение брюшной полости
   Правильный ответ: Б

2. Характерным признаком высокой врожденной кишечной непроходимости на рентгене является:
   А) Множественные уровни жидкости по всему животу
   Б) Симптом «двойного газового пузыря» (double bubble)
   В) Отсутствие газовой тени желудка
   Г) Наличие газа в прямой кишке

Д) Затемнение в области малого таза

Правильный ответ: Б

3. Оптимальный срок оперативного лечения при врожденном пилоростенозе:

А) Сразу после рождения

Б) В возрасте 6 месяцев

В) Сразу после предоперационной подготовки и коррекции электролитов

Г) В возрасте 1 года

Д) Только при развитии перитонита

Правильный ответ: В

4. Первоочередное действие врача при подозрении на диафрагмальную грыжу у новорожденного в родзале:

А) Масочная ИВЛ под высоким давлением

Б) Интубация трахеи и декомпрессия желудка зондом

В) Стимуляция крика

Г) Укладывание на здоровый бок

Д) Введение аналептиков

Правильный ответ: Б

5. Наиболее частая причина инвагинации кишечника у детей в возрасте 5–9 месяцев:

А) Опухоль кишки

Б) Дивертикул Меккеля

В) Переход на прикорм и нарушение перистальтики

Г) Глистная инвазия

Д) Порок развития сосудов брыжейки

Правильный ответ: В

6. Патогномоничный признак инвагинации кишечника при ректальном исследовании:

А) Обильное выделение кала и газов

Б) Кровянистые выделения типа «малинового желе»

В) Мелена (дегтеобразный стул)

Г) Полное отсутствие выделений

Д) Наличие алой крови на каловых массах

Правильный ответ: Б

7. Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей до 3 лет чаще всего проводят с:

А) Почечной коликой

Б) Острой респираторной инфекцией и абдоминальным синдромом

В) Желчнокаменной болезнью

Г) Инфарктом миокарда

Д) Язвенной болезнью желудка

Правильный ответ: Б

8. Симптом Щеткина-Блюмберга у детей при перитоните:

А) Всегда ярко выражен с первых часов

Б) Может быть сомнительным из-за защитного напряжения мышц

В) Проверяется только под наркозом

Г) Является единственным критерием диагноза

Д) Отрицателен при перфорации

Правильный ответ: Б

9. При аппендикулярном инфильтрате в фазе плотного инфильтрата показано:

А) Экстренная аппендэктомия

Б) Консервативное лечение (антибиотики, физиотерапия)

В) Немедленная лапароскопия

Г) Наложение стомы

Д) Очистительная клизма

Правильный ответ: Б

10. Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является:

А) Секвестрация кости

Б) Остеопороз через 24 часа

В) Утолщение и размытость мягких тканей возле кости (через 2-3 дня)

Г) Костная мозоль

Д) Патологический перелом

Правильный ответ: В

11. При некротической флегмоне новорожденных основной метод хирургического лечения:

А) Один широкий разрез через весь очаг

Б) Множественные разрезы (насечки) в шахматном порядке

В) Пункция очага иглой

Г) Наложение мазевой повязки без разрезов

Д) Иссечение всей пораженной кожи (некрэктомия) на 1-й день

Правильный ответ: Б

12. Симптом «ваньки-встаньки» (усиление болей при переходе в горизонтальное положение) характерен для:

А) Внутрибрюшного кровотечения (разрыв селезенки)

Б) Острого аппендицита

В) Острого панкреатита

Г) Кишечной непроходимости

Д) Копростаза

Правильный ответ: А

13. Оптимальный метод диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса:

А) Экскреторная урография

Б) Микционная цистоуретрография

В) Радиоизотопная ренография

Г) Обзорная рентгенография

Д) Цистоскопия

Правильный ответ: Б

14. Для перекрута яичка в отличие от орхита характерно:

А) Постепенное начало болей

Б) Острое начало и подтягивание яичка к паховому каналу

В) Снижение температуры тела

Г) Облегчение боли при ношении суспензория

Д) Нормальный цвет кожи мошонки

Правильный ответ: Б

15. При ущемленной паховой грыже у мальчика при давности ущемления более 12 часов показано:

А) Попытка ручного вправления

Б) Теплая ванна и спазмолитики

В) Экстренная операция

Г) Наблюдение до утра

Д) Наложение бандажа

Правильный ответ: В

16. Гастрошизис отличается от омфалоцеле тем, что:

А) Органы выходят через пупочное кольцо

Б) Органы покрыты амниотической оболочкой

В) Дефект располагается справа от пуповины, оболочек нет

Г) Всегда сочетается с пороками сердца

Д) Печень всегда находится в грыжевом мешке

Правильный ответ: В

17. Основной симптом болезни Гиршпрунга:

А) Постоянная диарея

Б) Упорные запоры с рождения и метеоризм

В) Рвота с примесью крови

Г) Боли в эпигастрии после еды

Д) Гипертермия

Правильный ответ: Б

18. При напряженном пневмотораксе пункцию плевральной полости проводят:

А) В 7-8 межреберье по лопаточной линии

Б) Во 2-м межреберье по среднеключичной линии

В) В 5-м межреберье по подмышечной линии

Г) Над ключицей

Д) В месте наибольшей тупости звука

Правильный ответ: Б

19. Для оценки площади ожогов у детей раннего возраста используют:

А) Правило «девяток»

Б) Таблицу Лунда-Браудера

В) Индекс Альговера

Г) Шкалу Апгар

Д) Индекс Франка

Правильный ответ: Б

20. Дивертикул Меккеля является остатком:

А) Урахуса

Б) Желточного протока (ductus omphaloentericus)

В) Пупочной вены

Г) Вольфова протока

Д) Мюллерова протока

Правильный ответ: Б

21. Оптимальный возраст для операции при крипторхизме:

А) Сразу после рождения

Б) 6–18 месяцев

В) 7–10 лет

Г) После периода полового созревания

Д) Операция не требуется

Правильный ответ: Б

22. Парафимоз — это:

А) Воспаление крайней плоти

Б) Ущемление головки полового члена узким кольцом крайней плоти

В) Невозможность открытия головки

Г) Сращение крайней плоти с головкой

Д) Отсутствие крайней плоти

Правильный ответ: Б

23. Основным методом лечения лимфангиом у детей является:

А) Лучевая терапия

Б) Хирургическое иссечение или склеротерапия

В) Химиотерапия

Г) Гормонотерапия

Д) Наблюдение до 14 лет

Правильный ответ: Б

24. При подозрении на опухоль Вильмса (нефробластому) пальпация живота должна быть:

А) Глубокой и интенсивной

Б) Поверхностной и максимально осторожной

В) Проводиться только в положении на боку

Г) Исключена полностью до операции

Д) Проводиться только под наркозом

Правильный ответ: Б (чтобы избежать разрыва капсулы и диссеминации)

25. Первая помощь при химическом ожоге пищевода (первые часы):

А) Назначение антибиотиков

Б) Промывание желудка через зонд обильным количеством воды

В) Вызывание рвоты «ресторанным» способом

Г) Немедленное бужирование

Д) Дача рвотных средств

Правильный ответ: Б

А.3 Вопросы для рубежного контроля (коллоквиума)

1. ***Тема 1.*** **Атрезия пищевода**

1.1. Какие симптомы позволяют заподозрить порок в первые минуты жизни в родзале?

1.2. В чем заключается проба Элефанта и каково её значение?

1.3. Какова хирургическая тактика при широком трахеопищеводном свище?

2. ***Тема.*** **Врожденная диафрагмальная грыжа.**

2.1. Почему при этом пороке развивается легочная гипертензия?

2.2. Каковы признаки синдрома «ладьевидного живота»?

2.3. Почему масочная ИВЛ при данной патологии считается ошибкой?

3. ***Тема.*** **Врожденный пилоростеноз.**

   3.1.В каком возрасте чаще всего манифестирует заболевание?
   3.2.Опишите патогномоничные признаки при осмотре живота (перистальтика, пальпация).
   3.3 Какие водно-электролитные нарушения характерны для неукротимой рвоты при пилоростенозе?

4. ***Тема.*** **Высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-перстной кишки).**

   4.1.Чем отличается рвота при высокой непроходимости от рвоты при пилоростенозе?
   4.2.Что означает рентгенологический симптом «два газовых пузыря»?
   4.3.В чем суть операции Хайеса?

5. ***Тема.*** **Болезнь Гиршпрунга.**

   5.1.В чем заключается суть дефекта иннервации кишечной стенки?
   5.2.Как проводится «проба со свечой» и каков её результат при этом заболевании?
   5.3.Каковы современные принципы одноэтапного хирургического лечения (операция Соаве-Болея)?

6. ***Тема.*** **Аноректальные пороки развития.**

   6.1.Как классифицируются атрезии ануса по отношению к мышцам тазового дна?
   6.2.Как по анализу мочи заподозрить свищ в мочевыделительную систему у мальчиков?
   6.3.В чем заключается методика инвертографии по Вангенстину?

7. ***Тема.*** **Гастрошизис.**

   7.1.В чем отличие расположения дефекта передней брюшной стенки при гастрошизисе и омфалоцеле?
   7.2.Каковы правила транспортировки новорожденного с гастрошизисом?
   7.3.Что такое «сило-пластика» и когда она применяется?

8. ***Тема.*** **Мекониальный илеус.**

   8.1.С каким системным генетическим заболеванием чаще всего связан мекониальный илеус?
   8.2.Опишите рентгенологический симптом «матового стекла» (симптом Нойхаузера).
   8.3.Какие консервативные методы применяются для разжижения мекония?

9. ***Тема.*** **Острый аппендицит у детей раннего возраста.**

   9.1.Почему у детей до 3 лет аппендицит быстро переходит в перитонит?
   9.2.Какие неспецифические симптомы (поведение, стул) превалируют в клинике?

9.3.В чем сложность пальпации живота и как её правильно проводить у маленького ребенка?

10. ***Тема.*** **Инвагинация кишечника.**

10.1. Какова классическая триада симптомов инвагинации?

10.2. В каких случаях возможно консервативное расправление инвагината воздухом?

10.3. Каков критерий успешного расправления инвагинации при проведении пробы Рикхтерса?

11. ***Тема.*** **Аппендикулярный инфильтрат**

11.1. Каковы клинические признаки перехода острого аппендицита в инфильтрат?

11.2. Почему экстренная операция в фазе плотного инфильтрата противопоказана?

11.3. Каковы сроки выполнения плановой (интервальной) аппендэктомии?

12. ***Тема.*** **Дивертикул Меккеля**

12.1. Каков эмбриологический генез данного образования?

12.2. Какие клинические маски может принимать осложненный дивертикул Меккеля?

12.3. Какой основной метод диагностики безболевого кишечного кровотечения при дивертикуле?

13. ***Тема.*** **Перитониты у детей.**

13.1. Чем отличается первичный (криптогенный) перитонит от вторичного?

13.2. Каков объем предоперационной подготовки при разлитом перитоните?

13.3. Каковы принципы санации и дренирования брюшной полости у детей?

14. ***Тема.*** **Острый гематогенный остеомиелит**

14.1. Почему очаг поражения чаще всего локализуется в метафизе?

14.2. Каковы ранние местные признаки остеомиелита (до появления рентгенологических изменений)?

14.3. В чем заключается смысл остеоперфорации при лечении?

15. ***Тема.*** **Некротическая флегмона новорожденных**

15.1. Какие стадии развития проходит местный процесс при флегмоне?

15.2. Почему при этом заболевании применяются множественные разрезы в шахматном порядке?

15.3. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз (рожа, мастит)?

16. ***Тема.*** **Бактериальная деструкция легких**

16.1. Какие формы деструкции легких выделяют по рентгенологической картине?

16.2. Какова тактика врача при обнаружении напряженного пиопневмоторакса?

16.3. В чем заключается методика постоянной аспирации по Бюлау?

17. ***Тема.*** **Синдром «отечной мошонки»**

17.1. Какие три заболевания чаще всего вызывают этот синдром?
17.2. Каков критический срок (в часах) для спасения яичка при его перекруте?
17.3. Что такое гидатида Морганьи и какова тактика при её перекруте?

18. ***Тема.*** **Крипторхизм.**

18.1. В чем отличие истинного крипторхизма от ложного (ретракции)?
18.2. Почему операцию орхипексии рекомендуют выполнять до 1,5–2 лет?
18.3. Какие осложнения возможны при сохранении яичка в брюшной полости или паховом канале?

19. ***Тема.*** **Гидронефроз у детей.**

19.1. На каком уровне чаще всего локализуется препятствие току мочи?
19.2. Какие методы визуализации позволяют оценить функцию почки и степень расширения лоханки?
19.3. В чем суть операции Андерсона-Хайнса?

20. ***Тема.*** **Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.**

20.1. Какова классификация ПМР по степеням (согласно цистограммам)?
20.2. Чем опасен рефлюкс-нефропатия для будущего развития ребенка?
20.3. В чем преимущество эндоскопической коррекции ПМР?

21. ***Тема.*** **Травма селезенки у детей**

21.1. Какие клинические признаки указывают на продолжающееся внутрибрюшное кровотечение?
21.2. Почему в педиатрии приоритетным является консервативное ведение травм селезенки?
21.3. Что такое «двухмоментный разрыв селезенки»?

22. ***Тема.*** **Ожоговая болезнь.**

22.1. Как рассчитывается площадь ожога у детей разного возраста (таблица Лунда-Браудера)?
22.2. Какие периоды выделяют в течение ожоговой болезни?
22.3. В чем особенности инфузионной терапии при ожоговом шоке у детей?

23. ***Тема.*** **Химические ожоги пищевода.**

23.1. Какова первая помощь ребенку, проглотившему агрессивную жидкость?
23.2. Когда и с какой целью проводится контрольная эзофагогастроскопия?
23.3. Каковы сроки начала и задачи профилактического бужирования пищевода?

24. ***Тема.*** **Опухоль Вильмса (нефробластома).**

24.1. Какие симптомы чаще всего первыми замечают родители при этом заболевании?

25.2. Почему запрещена грубая пальпация живота при подозрении на нефробластому?

25.3. Какова роль предоперационной химиотерапии в лечении этого порока?

25. ***Тема.*** **Черепно-мозговая травма у детей.**

25.1. В чем особенности светлого промежутка при эпидуральных гематомах у детей?

25.2. Какие признаки указывают на перелом основания черепа?

25.3. Какова тактика ведения ребенка с сотрясением головного мозга?

Блок В

Типовые задачи:

Тема1. Атрезия пищевода.

Задача 1.1. Новорожденный ребенок сразу после рождения проявляет признаки беспокойства. Изо рта и носа постоянно выделяется большое количество пенистой слюны («ложная гиперсаливация»). При попытке первого кормления у ребенка возник приступ кашля, цианоз (посинение) лица и затрудненное дыхание.

Вопросы:

1. О каком пороке развития (полное отсутствие проходимости ...) следует думать?
2. Назовите самый быстрый и доступный метод проверки проходимости пищевода в родзале (проба с ...).
3. Что такое проба Элефанта (введение воздуха через зонд) и какой звук при этом выслушивается над эпигастрием при атрезии?
4. Почему при атрезии пищевода категорически запрещено кормление через рот до уточнения диагноза?
5. Какова причина развития аспирационной пневмонии в первые часы жизни при этом пороке?

Задача 1.2. Ребенку с подозрением на атрезию пищевода проведена обзорная рентгенография грудной и брюшной полости с введением рентгеноконтрастного катетера. На снимке: катетер упирается в слепой конец пищевода на уровне Th2-Th4. В петлях кишечника определяется **наличие газа**.

Вопросы:

1. О какой наиболее частой форме атрезии (с каким свищом) свидетельствует наличие воздуха в кишечнике?
2. В какой отдел дыхательной системы (трахея или бронх) чаще всего открывается дистальный свищ?
3. О чем свидетельствует «безгазовый живот» на рентгенограмме при подтвержденной атрезии?

4. Почему для контрастирования пищевода у новорожденных нельзя использовать бариевую взвесь (риск тяжелой пневмонии)?
5. Какова роль VACTERL-синдрома (сочетание атрезии с пороками сердца, почек, позвоночника) в обследовании пациента?

Задача 1.3. Диагноз «Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом» подтвержден. Ребенок переведен в отделение хирургии новорожденных. Состояние тяжелое, нарастают явления дыхательной недостаточности.

Вопросы:

1. Какое положение в кювезе (приподнятый головной конец) необходимо придать ребенку для уменьшения заброса желудочного содержимого в легкие?
2. С какой частотой (в минутах) необходимо проводить аспирацию слизи из верхнего слепого сегмента пищевода?
3. Какова цель проведения эхокардиографии перед операцией (определение положения дуги аорты)?
4. Назовите основной метод хирургического лечения (прямой ...) при небольшом расхождении сегментов.
5. Что такое «long gap» (большой разрыв) и какая тактика (гастростомия, этапное лечение) применяется в этом случае?

Задача 1.4. На 5-е сутки после прямого анастомоза пищевода у ребенка состояние ухудшилось: появилась одышка, лихорадка, припухлость на шее. При рентгенографии выявлено скопление воздуха и жидкости в средостении (**медиастинит**).

Вопросы:

1. Какое тяжелое осложнение (несостоятельность ...) развилось у ребенка?
2. Через какое время после операции обычно начинают пробное кормление (при отсутствии осложнений)?
3. Назовите частое отдаленное осложнение в зоне анастомоза, требующее бужирования (сужение).
4. Что такое гастроэзофагеальный рефлюкс и почему он часто сопутствует детям после пластики пищевода?
5. Какова роль трахеомаляции (слабость хрящей трахеи) в развитии стридора у таких детей после операции?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2].
Дополнительная. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие. Бишкек: КРСУ, 2015 **[**Л2.2] **2.** Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]**.** Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]
Методические рекомендации. Мыкыев К.М. Врожденные пороки развития пищевода у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2015 [Л3.5].

Тема 2. Врожденный пилоростеноз.

Задача 2.1. Ребенку 3 недели. Родился доношенным, с весом 3400 г. В течение последних 5 дней отмечается рвота «фонтаном» после каждого кормления. Рвотные массы без примеси желчи, по объему превышают съеденную порцию. Ребенок стал вялым, за последнюю неделю потерял в весе 200 г. Мочеиспускание редкое, стул скудный («голодный»).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите характерные признаки пальпации живота при данной патологии.
3. О каком видимом симптоме со стороны передней брюшной стенки идет речь?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какой метод исследования является золотым стандартом визуализации в данном случае?

Задача 2.2. Мальчик 1 месяца жизни госпитализирован в тяжелом состоянии. Из анамнеза: рвота «фонтаном» в течение 10 дней. При осмотре: выраженные признаки эксикоза (западение родничка, сухие слизистые), кожные покровы бледные, тургор тканей снижен.

Вопросы:

1. Какие характерные изменения в биохимическом анализе крови (электролиты, КОС) ожидаются?
2. Почему в рвотных массах при пилоростенозе отсутствует желчь?
3. В чем заключается экстренная предоперационная подготовка?
4. Какое грозное дыхательное осложнение может возникнуть на фоне тяжелого метаболического алкалоза?
5. Назовите основную причину развития гипокалиемии у данного пациента.

Задача 2.3. Ребенку 4 недели, жалобы на рвоту. Проведено УЗИ пилорического отдела желудка. Результаты: толщина мышечного слоя — 5 мм (норма до 2 мм), длина пилорического канала — 19 мм (норма до 14 мм). Принято решение о проведении рентгеноконтрастного исследования.

Вопросы:

1. Опишите классические рентгенологические признаки пилоростеноза (симптом «клюва», «нитки»).
2. Через какое время после приема бариевой взвеси в норме должна начаться эвакуация из желудка?
3. Какой метод диагностики (УЗИ или рентген) является первоочередным в современных протоколах?
4. Какие данные ФГДС подтверждают этот диагноз?
5. Как изменится тень желудка на обзорной рентгенограмме брюшной полости?

Задача2.4.

Диагноз «Врожденный пилоростеноз» подтвержден. Ребенок подготовлен к операции. Планируется классическое оперативное вмешательство.

Вопросы:

1. Как называется классическая операция по автору, применяемая при этой патологии?

2. В чем заключается суть хирургического маневра (что именно рассекает хирург)?
3. Какое опасное осложнение может возникнуть во время операции при случайном повреждении слизистой оболочки?
4. Через сколько часов после операции обычно начинают пробное кормление?
5. Какова тактика хирурга при обнаружении перфорации слизистой во время пилоромиотомии?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4] **Методические рекомендации**. Мыкыев К.М., Наманов А.А.Замирбеков К.З. Врожденный пилоростеноз у дет. Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2018 [Л3.17].

Тема 3. Инвагинация кишечника

Задача 3.1. Грудной ребенок (5 месяцев) заболел внезапно среди полного здоровья. Стал резко беспокоен, прижимает ножки к животу, кричит. Приступ длился 10 минут, после чего ребенок успокоился и заснул. Через 15 минут приступ боли повторился. Мать заметила, что после начала заболевания у ребенка был один раз нормальный стул, а при следующей дефекации через 2 часа появились выделения, напоминающие «малиновое желе».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и укажите форму заболевания.
2. Объясните происхождение стула в виде «малинового желе».
3. Что можно обнаружить при пальпации живота в межприступный период?
4. Какое обязательное исследование должен провести хирург в приемном покое через прямую кишку?
5. Какой возрастной период является наиболее типичным для данного заболевания?

Задача 3.2. Мальчик 7 месяцев доставлен через 6 часов от начала заболевания с подозрением на инвагинацию. Состояние средней тяжести. Живот мягкий, в правом подреберье пальпируется опухолевидное образование эластической консистенции. Отправлен на рентгенологическое исследование.

Вопросы:

1. Какой метод рентгенодиагностики (с каким контрастным веществом) считается классическим для подтверждения диагноза?
2. Опишите симптом «трезубца» или «двузубца» при проведении пневмоколографии.
3. Какие специфические признаки инвагинации (симптомы «мишени» или «псевдопочки») видны при УЗИ?

4. С какими заболеваниями, протекающими с гемоколитом (кровью в стуле), нужно проводить дифференциальный диагноз?
5. В чем заключается диагностическая ценность обзорной рентгенографии брюшной полости в данном случае?

Задача 3.3. Девочка 6 месяцев поступила в клинику через 4 часа от начала заболевания. Диагноз илеоцекальной инвагинации подтвержден клинически и при УЗИ. Состояние ребенка стабильное, признаков перитонита нет. Решено провести консервативное расправление.

Вопросы:

1. Какое максимальное время от начала заболевания (в часах) допускает попытку консервативного расправления?
2. С помощью чего (какого вещества) и под каким давлением проводится расправление инвагината?
3. Какой аппарат используется для контроля давления при нагнетании воздуха в толстую кишку?
4. Назовите клинические и рентгенологические критерии успешного расправления инвагината.
5. Какие существуют противопоказания к консервативному лечению?

Задача 3.4. Ребенок 10 месяцев госпитализирован через 24 часа от начала заболевания. Состояние тяжелое, выражена интоксикация, рвота с зеленью, живот вздут, перитонеальные симптомы сомнительны. Консервативная попытка расправления воздухом оказалась безуспешной.

Вопросы:

1. Какова дальнейшая тактика лечения?
2. Как называется ручное расправление инвагината во время операции (термин)?
3. Как проверить жизнеспособность кишки после ее расправления?
4. Каковы показания к резекции кишки при инвагинации?
5. В чем заключается особенность «вторичной» инвагинации у детей старше 2 лет (поиск органической причины)?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4] **Методические рекомендации**. Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш. Инвагинация кишечника: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2015. [Л3.4].

Тема 4. Острый аппендицит.

Задача 4.1. Мальчик 10 лет поступил с жалобами на боли в животе, которые начались 6 часов назад в эпигастрии, а затем переместились в правую подвздошную область. Была однократная

рвота, температура 37,4°С. При осмотре: язык обложен белым налетом, суховатый. Живот напряжен и болезнен в правой подвздошной области.

Вопросы:

1. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область?
2. Опишите технику проверки симптома Щеткина-Блюмберга.
3. Какой специфический симптом связан с усилением боли при надавливании на левую половину живота (передача давления газа)?
4. Какова наиболее частая локализация червеобразного отростка у детей?
5. Какие изменения в общем анализе крови (лейкоцитарная формула) подтвердят диагноз?

Задача 4.2. Ребенку 2 года. Болеет 12 часов. Стал капризным, отказывается от еды, плохо спит. Была двукратная рвота, жидкий стул 3 раза (с небольшой примесью слизи). Температура 38,5°С. При попытке осмотра живота ребенок кричит и подтягивает ноги к животу.

Вопросы:

1. В чем главная трудность физикального осмотра живота у детей раннего возраста?
2. Какой метод «медикаментозного сна» (или способ осмотра) применяется для качественной пальпации у беспокойных детей?
3. Почему у маленьких детей деструктивные формы аппендицита развиваются быстрее, чем у взрослых?
4. С какой инфекционной патологией чаще всего приходится проводить дифференциальный диагноз при наличии жидкого стула?
5. Имеет ли симптом Щеткина-Блюмберга решающее значение в этом возрасте?

Задача 4.3. Девочка 12 лет жалуется на боли внизу живота и над лобком, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию. Температура 37,8°С. Симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области выражены слабо. Из анамнеза: боли начались сутки назад.

Вопросы:

1. О какой атипичной локализации отростка можно думать при такой клинике?
2. Какое обязательное исследование (кроме УЗИ) необходимо провести для исключения тазовой формы аппендицита?
3. Какие изменения в анализе мочи могут появиться при прилежании воспаленного отростка к мочеточнику или пузырю?
4. Назовите грозное осложнение аппендицита, характеризующееся образованием ограниченного конгломерата (петли кишки, оперистый отросток, сальник).
5. Какова тактика при обнаружении плотного, неподвижного аппендикулярного инфильтрата?

Задача 4.4. Ребенок прооперирован по поводу гангренозного аппендицита. Выполнена аппендэктомия. На 5-е сутки после операции состояние ухудшилось: поднялась температура до 39,0°С, появились боли в глубине таза, жидкий стул со слизью и тенезмы (ложные позывы).

Вопросы:

1. Какое послеоперационное осложнение можно заподозрить?
2. Какой метод инструментальной диагностики (УЗИ, КТ или рентген) наиболее информативен для поиска гнойников в брюшной полости?
3. Назовите «золотой стандарт» современного оперативного доступа при аппендиците (вид видеохирургии).
4. Какое наиболее тяжелое осложнение со стороны печени может развиться при попадании инфекции в систему воротной вены?
5. Через какое время после обычной аппендэктомии ребенку разрешается вставать и начинать пить?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Острый аппендицит у детей: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2022 [Л2.7]. **Методические рекомендации**. Мыкыев К.М. Острый аппендицит у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2015 [Л3.3].

Тема 5. Аппендикулярный перитонит

Задача 5.1. Мальчик 7 лет поступил на 3-и сутки от начала заболевания. Жалобы на постоянные боли по всему животу, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Состояние тяжелое, черты лица заострены, язык сухой, «как щетка». Температура 38,8°С, пульс 120 уд/мин. Живот не участвует в дыхании, напряжен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный повсеместно.

Вопросы:

1. Сформулируйте **диагноз** согласно классификации по распространенности.
2. Опишите внешний вид пациента, соответствующий термину **«лицо Гиппократа».**
3. Почему у детей перитонит развивается **быстрее** и протекает тяжелее, чем у взрослых (анатомическая особенность сальника)?
4. Какое изменение **перистальтики** кишечника характерно для данной стадии (аускультативно)?
5. Какие рентгенологические признаки **пареза кишечника** можно увидеть на обзорном снимке?

Задача 5.2. Девочка 5 лет доставлена с диагнозом: Острый аппендицит, разлитой перитонит. Состояние крайне тяжелое, признаки выраженного эксикоза (обезвоживания) и интоксикации. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Какие изменения в лейкоцитарной формуле (сдвиг) характерны для гнойного перитонита?
2. Допустима ли немедленная подача пациента на операционный стол без предоперационной подготовки при перитоните?
3. Какова цель введения назогастрального зонда перед операцией?
4. Какие основные компоненты должны входить в состав инфузионной терапии перед операцией?
5. Что означает термин «токсические зернистость лейкоцитов» в анализе крови?

Задача 5.3. Во время лапароскопии у ребенка 9 лет обнаружен гангренозно-перфоративный аппендицит. В правой подвздошной области и малом тазу имеется значительное количество мутного выпота с каловым запахом. На петлях кишок — наложения фибрина.

Вопросы:

1. Обязательно ли удаление наложений фибрина с петель кишечника?
2. В чем заключается процедура санации брюшной полости во время операции?
3. Каковы показания к дренированию брюшной полости (куда выводятся дренажи)?
4. Какой оперативный доступ предпочтителен при перитоните неясной локализации (срединная лапаротомия или доступ Волковича-Дьяконова)?
5. Назовите основной критерий, по которому хирург принимает решение об удалении дренажей в послеоперационном периоде.

Задача 5.4. На 7-е сутки после операции по поводу перитонита у ребенка вновь поднялась температура до 39,0°С (гектическая), появились боли в животе, задержка стула и газов. При пальпации через прямую кишку (rectum) определяется нависание и резкая болезненность передней стенки.

Вопросы:

1. О каком послеоперационном осложнении (локальный гнойник) идет речь?
2. Назовите еще 2 типичных места локализации межпетлевых абсцессов при аппендикулярном перитоните.
3. Какой метод инструментальной диагностики является наиболее точным для определения размеров и границ абсцесса?
4. Какова лечебная тактика при сформированном абсцессе Дугласова пространства?
5. Что такое ранняя спаечная кишечная непроходимость и как она связана с перенесенным перитонитом?

Тема 6. Острый гематогенный остеомиелит

Задача 6.1. Мальчик 10 лет жалуется на резкие боли в области нижней трети правого бедра, из-за которых не может наступить на ногу. Заболел остро 2 дня назад: температура поднялась до 39,5°С, был озноб. Из анамнеза: 10 дней назад перенес фурункул предплечья. При осмотре: конечность в

полусогнутом положении, активные движения невозможны, при пальпации — резкая локальная болезненность над метафизом бедренной кости.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Почему в первые дни заболевания на рентгенограмме кости патологии не выявляется?
3. Что такое симптом «осевой нагрузки» и как он проявляется в данном случае?
4. Какова роль золотистого стафилококка в этиологии данного заболевания?
5. Назовите наиболее типичную анатомическую локализацию первичного очага в длинных трубчатых костях.

Задача 6.2. Ребенок 7 лет доставлен в тяжелом состоянии. Жалобы на боли в левом плече, одышку, общую слабость. Температура 40,0°С, сознание спутанное. При осмотре: бледность кожи, тахикардия, тоны сердца приглушены. Локально: отек и гиперемия мягких тканей левого плеча. В легких выслушиваются влажные хрипы.

Вопросы:

1. Какая клиническая форма острого гематогенного остеомиелита наблюдается у ребенка?
2. Какие изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, СОЭ) характерны для этой формы?
3. О чем свидетельствует появление хрипов в легких (какое осложнение развивается)?
4. Какое обязательное исследование крови необходимо провести до начала антибиотикотерапии?
5. Какие методы дезинтоксикационной терапии показаны данному больному?

Задача 6.3. Новорожденному 14 дней. Мать заметила, что ребенок перестал двигать правой ручкой («псевдопаралич»), плачет при пеленании. Правое плечо увеличено в объеме, сустав сглажен. Из анамнеза: у матери был мастит, у ребенка — омфалит.

Вопросы:

1. Какая особенность кровоснабжения кости у новорожденных способствует быстрому переходу воспаления на сустав?
2. Как называется осложнение со стороны сустава (воспаление), которое часто сопутствует ОГО в этом возрасте?
3. Опишите симптом «псевдопаралича» Парро.
4. Какое инструментальное исследование (кроме рентгена) поможет быстро выявить выпот в суставе и отек тканей?
5. Какова тактика иммобилизации конечности при подозрении на ОГО у грудничка?

Задача 6.4. У ребенка 12 лет подозревается острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Для подтверждения диагноза и облегчения состояния планируется выполнение диагностически-лечебной манипуляции.

Вопросы:

1. Как называется процедура создания отверстий в кости для декомпрессии и удаления гноя?
2. Назовите методику остеоперфорации (сколько отверстий и где они располагаются)?
3. Что такое поднадкостничный абсцесс и как он формируется?

4. Какие группы антибиотиков (с хорошим проникновением в костную ткань) являются препаратами выбора?
5. Через какое время (в среднем) на рентгенограмме появляются первые признаки деструкции кости?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Острый аппендицит у детей: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2022 [Л2.7]. **Методические рекомендации**. Мыкыев К.М. Острый аппендицит у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2015 [Л3.3].

Тема 7. Бактериальная деструкция легких

Задача 7.1. Мальчик 5 лет поступил с жалобами на высокую температуру (39,5°С), одышку в покое, навязчивый сухой кашель и боли в правой половине грудной клетки. Болеет 4 дня, состояние прогрессивно ухудшается. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторно — тупость в нижних отделах справа, аускультативно — дыхание там не выслушивается.

Вопросы:

1. Назовите основные клинические формы БДЛ (легочная, легочно-плевральная). К какой форме относится данный случай?
2. Какой наиболее вероятный возбудитель вызывает стафилококковую деструкцию легких?
3. Что такое «первичная» и «вторичная» деструкция легких?
4. Какое инструментальное исследование является решающим для первичной диагностики?
5. Опишите характерное положение ребенка в постели при одностороннем поражении.

Задача 7.2. У ребенка 3 лет, находящегося в стационаре по поводу БДЛ, состояние внезапно резко ухудшилось: появился цианоз губ, выраженное беспокойство, ЧД выросла до 60 в минуту. При осмотре: межреберные промежутки слева выбухают, средостение (сердечный толчок) смещено вправо.

Вопросы:

1. Какое острое осложнение развилось у ребенка?
2. Каков механизм возникновения напряженного пневмоторакса (клапанный механизм)?
3. Какое неотложное мероприятие (пункция) необходимо провести для спасения жизни?
4. В какой точке (межреберье и линия) проводится пункция плевральной полости при воздухе?
5. Что будет видно на рентгенограмме (положение легкого и купола диафрагмы)?

Задача 7.3. У девочки 7 лет на фоне правосторонней стафилококковой пневмонии сформировался массивный плевральный выпот (пиоторакс). При пробной пункции получен густой гной сливкообразного вида. Состояние ребенка тяжелое, выражена интоксикация.

Вопросы:

1. Назовите основную цель дренирования плевральной полости по Бюлау.
2. В каком межреберье устанавливается дренаж для эвакуации гнойного экссудата?

3. В чем заключается принцип работы подводного дренажа (активная и пассивная аспирация)?
4. Какие существуют показания к переходу от консервативного дренирования к торакоскопии?
5. Какова роль антибиотикограммы в лечении этого состояния?

Задача 7.4. На контрольной рентгенограмме у ребенка 4 лет после перенесенной острой стадии БДЛ в верхней доле левого легкого обнаружена тонкостенная полость диаметром 4 см, заполненная воздухом, без уровня жидкости. Клинически ребенок чувствует себя удовлетворительно, температура нормальная.

Вопросы:

1. Как называется такое образование в легком (булла/пневматоцеле)?
2. Требует ли данное образование немедленного хирургического вмешательства?
3. В чем отличие абсцесса легкого от напряженной кисты на рентгенограмме (наличие уровня жидкости)?
4. Какова обычная тактика наблюдения за такими полостями после выписки?
5. Какое грозное осложнение может возникнуть при прорыве абсцесса в плевральную полость?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. **Методические рекомендации**. Мыкыев К.М., Кочкунов Д.С. Острые бактериальные деструкции легких (ОБДЛ) у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультета Бишкек: КРСУ 2015 [Л3.2].

Тема 8. Болезнь Гиршпрунга.

Задача 8.1. Новорожденный мальчик (3 суток) не выделяет меконий. Живот резко вздут, видна перистальтика кишечника («змейки»). После введения газоотводной трубки отошло большое количество газов и жидкого кала, живот спал. Однако через сутки ситуация повторилась.

Вопросы:

1. В чем заключается патоморфологическая суть заболевания (какие узлы отсутствуют в стенке кишки)?
2. Назовите основную триаду симптомов болезни Гиршпрунга.
3. Перечислите основные клинические формы заболевания в зависимости от протяженности аганглионарной зоны.
4. Что такое «симптом подзорной трубы» при пальцевом исследовании прямой кишки?
5. Почему при этом заболевании развивается вторичное расширение вышележащих отделов кишечника?

Задача 8.2. Ребенку 5 месяцев с хроническими запорами проведена ирригография (рентген кишечника с барием). На снимках выявлено: прямая кишка сужена, имеет воронкообразный переход в резко расширенную, петлистую сигмовидную кишку.

Вопросы:

1. Как называется характерная рентгенологическая зона между суженным и расширенным участками (зона ...)?
2. Какое исследование является «золотым стандартом» и позволяет окончательно подтвердить отсутствие нервных сплетений (биопсия по ...)?
3. На каком расстоянии от ануса обычно берется биопсия, чтобы не попасть в физиологическую зону гипоганглиоза?
4. Что такое аноректальная манометрия и какой результат ожидается при болезни Гиршпрунга?
5. Почему при подготовке к ирригографии у таких детей нельзя использовать большое количество воды для клизм (риск интоксикации)?

Задача 8.3. У ребенка 2 лет с болезнью Гиршпрунга на фоне длительного запора внезапно поднялась температура, появился жидкий стул с гнилостным запахом, живот резко увеличился в объеме, наступило состояние тяжелой интоксикации.

Вопросы:

1. Какое грозное осложнение развилось у ребенка (гиршпрунг-ассоциированный ...)?
2. С чем связана парадоксальная диарея (жидкий стул) при наличии механического препятствия в дистальных отделах?
3. В чем заключается ежедневная консервативная терапия («уход за кишечником») до операции?
4. Какую опасность представляет собой каловый камень, образующийся в расширенном отделе?
5. Какие изменения в электролитном составе крови характерны для хронического калового застоя?

Задача 8.4. Ребенок подготовлен к радикальной операции по поводу ректальной формы болезни Гиршпрунга. Рассматриваются варианты современных одноэтапных вмешательств.

Вопросы:

1. Назовите основные типы радикальных операций по авторам (минимум 3: Свенсон, Дюамель, Соаве).
2. В чем заключается суть операции по Соаве (экстрамукозное низведение)?
3. В каких случаях хирурги вынуждены первым этапом накладывать превентивную стому?
4. Какой современный метод позволяет выполнить операцию без разреза на передней брюшной стенке (трансанально)?
5. Какова основная цель хирургического лечения (какой участок кишки должен быть удален)?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4].

Тема 9. Аноректальные пороки.

Задача 9.1. В родзале при осмотре новорожденного мальчика обнаружено отсутствие анального отверстия. На месте ануса — небольшое углубление (пигментное пятно) с радиальной складчатостью кожи. Живот не вздут, ребенок спокойный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Через сколько часов после рождения целесообразно проводить рентгенодиагностику по Вангенстину (инвертографию)?
3. В чем заключается суть метода Вангенстина–Райса (положение ребенка и метка)?
4. Какое расстояние (в см) между меткой и газовым пузырем кишки считается границей между «высокой» и «низкой» атрезией?
5. Какова тактика кормления такого ребенка до уточнения диагноза?

Задача 9.2. У новорожденной девочки при осмотре промежности анус отсутствует. При крике из половой щели выделяется меконий. Живот мягкий, умеренно вздут.

Вопросы:

1. О какой форме порока (свищевая форма) идет речь?
2. В какие отделы женской половой сферы наиболее часто открываются свищи?
3. Что такое персистирующая клоака?
4. Почему свищевые формы атрезии не всегда требуют экстренной операции в первые сутки жизни?
5. Какой метод исследования (УЗИ или фистулография) лучше всего визуализирует ход свища?

Задача 9.3. Мальчик 2 суток жизни. Анус отсутствует. Мать заметила, что при мочеиспускании моча окрашена в зеленый цвет (меконием), а из уретры выделяются пузырьки газа. Состояние ребенка ухудшается, нарастают явления эксикоза.

Вопросы:

1. Куда открывается свищ в данном случае?
2. Какое грозное осложнение со стороны мочевыделительной системы (восходящая инфекция) может развиться?
3. Какова этапность хирургического лечения при высоких формах атрезии (сначала стома или сразу пластика)?
4. Как называется радикальная операция по восстановлению ануса (термин «аноректопластика»)?
5. Какова роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике состояния мышц тазового дна?

Задача 9.4. Ребенок 1 месяца жизни. Жалобы на затрудненный акт дефекации, стул выходит «лентой» или «тонкой струйкой», живот постоянно вздут. При пальцевом исследовании: анальное отверстие резко сужено, пропускает только кончик мизинца, определяется плотное фиброзное кольцо.

Вопросы:

1. Чем стеноз ануса отличается от атрезии?
2. Какой консервативный метод лечения (расширение) применяется при стенозах и после радикальных операций?
3. Как называется специальный набор инструментов (металлические стержни) для бужирования ануса по автору?
4. Как долго (в месяцах) обычно длится курс профилактического бужирования после проктопластики?
5. Какое осложнение может развиться при слишком форсированном (грубом) бужировании?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. **Методические рекомендации.** Мыкыев К.М., с соавт. Пороки развития и заболевания аноректальной зоны у детей. Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2018. [Л3.15].

Тема 10. Грыжи передней брюшной стенки.

Задача 10.1. Мальчик 3 лет. Мать заметила в правой паховой области припухлость эластической консистенции, которая появляется при плаче или беге и исчезает в покое. При пальпации образование безболезненное, уходит в брюшную полость с характерным «урчанием». Наружное паховое кольцо расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков основной механизм развития паховой грыжи у детей (связь с влагалищным отростком брюшины)?
3. В чем заключается ключевое отличие врожденной паховой грыжи от приобретенной (по отношению к элементам семенного канатика)?
4. Как называется симптом «толчка», проверяемый при кашле или натуживании?
5. Какова тактика лечения при неосложненной паховой грыже у ребенка (консервативная или оперативная)?

Задача 10.2. Девочка 1 года доставлена в приемный покой с жалобами на резкое беспокойство, плач, рвоту. В правой паховой области пальпируется плотное, резко болезненное образование, которое не вправляется в брюшную полость. Кожа над ним слегка гиперемирована. Болеет 4 часа.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у ребенка?
2. Какой орган чаще всего ущемляется в грыжевом мешке у девочек?
3. Допустима ли попытка насильственного вправления грыжи при наличии признаков воспаления кожи?
4. Какова хирургическая тактика (экстренность и последовательность действий) при неэффективности консервативных мер в течение 2 часов?
5. В чем заключается особенность осмотра содержимого грыжевого мешка во время операции (оценка жизнеспособности)?

Задача 10.3. Ребенку 6 месяцев. При крике в области пупка появляется выпячивание размером с вишню, которое легко вправляется пальцем. Пупочное кольцо пропускает кончик указательного пальца. Жалоб на боли нет, стул регулярный.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. До какого возраста (в годах) при пупочной грыже оправдана выжидательная тактика и консервативное лечение?
3. Перечислите методы консервативного лечения пупочной грыжи у детей раннего возраста.
4. Почему пупочные грыжи у детей ущемляются крайне редко в отличие от взрослых?
5. Назовите основные показания к плановому хирургическому лечению пупочной грыжи.

Задача 10.4. Мальчик 7 лет жалуется на боли в подложечной области, усиливающиеся после еды и физической нагрузки. При осмотре в эпигастрии по средней линии пальпируется небольшое (1х1 см) плотное, болезненное образование. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. О какой патологии (грыжа ...) можно думать в данном случае?
2. Что чаще всего является содержимым грыжевого мешка при грыжах белой линии живота у детей?
3. С какими заболеваниями желудочно-кишечного тракта необходимо проводить дифференциальный диагноз из-за схожести болей?
4. Почему грыжи белой линии живота практически никогда не излечиваются самостоятельно?
5. В чем заключается суть операции по Лексеру, применяемой при данной патологии?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.** Мыкыев К.М., с соавт. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2017 [Л3.11].

Тема 11. Пороки мочевой системы.

Задача 11.1. Мальчик 2 месяцев. На плановом УЗИ обнаружено значительное расширение лоханки (30 мм) и чашечек левой почки. Паренхима почки истончена до 3 мм. Мочеточник на всем протяжении не визуализируется. Анализы мочи без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В каком анатомическом сегменте находится препятствие при гидронефрозе?
3. Какое рентгеноконтрастное исследование (экскреторная ...) поможет оценить функцию почки и степень расширения коллекторной системы?
4. Чем отличается гидронефроз от уретерогидронефроза по данным УЗИ?
5. Назовите основную цель операции по Хайнесу-Андерсону (Кучеры), выполняемой при этой патологии.

Задача 11.2. Девочка 3 лет поступила с жалобами на подъем температуры до 39,0°С, боли в пояснице и мутную мочу. В общем анализе мочи: лейкоциты на все поле зрения, бактериурия. После стихания острого пиелонефрита назначена микционная цистоуретрография.

Вопросы:

1. Какую патологию (заброс мочи) планируют исключить с помощью цистографии?
2. Опишите механизм возникновения рефлюкс-нефропатии (сморщивания почки).
3. Какая степень ПМР (согласно международной классификации) характеризуется расширением мочеточника и деформацией чашечек?
4. В чем заключается эндоскопическое лечение ПМР (введение объемообразующих препаратов)?
5. Почему при ПМР часто возникают рецидивы пиелонефрита?

Задача 11.3. Новорожденный мальчик. С первых суток жизни отмечается вялая, прерывистая струя мочи, мочеиспускание каплями. При пальпации над лобком определяется плотное эластическое образование (переполненный мочевой пузырь). На УЗИ — двусторонний уретерогидронефроз.

Вопросы:

1. О каком пороке развития (клапаны ...) следует думать в первую очередь?
2. Почему этот порок встречается исключительно у мальчиков?
3. Какое грозное осложнение со стороны почек (почечная ...) может развиться уже в периоде новорожденности?
4. Какова тактика первой помощи (дренирование пузыря) при острой задержке мочи?
5. Какой метод эндоскопической коррекции является методом выбора при клапанах задней уретры?

Задача 11.4. У ребенка 5 лет при обследовании по поводу болей в животе после травмы обнаружено, что нижние полюса обеих почек сращены между собой, а перешеек располагается впереди аорты и нижней полой вены.

Вопросы:

1. Как называется эта аномалия слияния почек?
2. Почему такие почки более подвержены травматизации при ударе в живот?
3. Какие изменения на экскреторной урограмме (положение осей почек) характерны для этой патологии?
4. Требует ли данная аномалия хирургического лечения, если нет нарушения оттока мочи и болей?
5. Какая еще форма слияния («L-образная», «S-образная») сопровождается дистопией одной из почек?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.** Порощай В.Н., Мыкыев К.М. Врожденные пороки развития верхних (почек, мочеточников) мочевыводящих путей у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2016 [Л3.3].

Тема 12. Синдром отечной мошонки.

Задача 12.1. Мальчик 13 лет проснулся ночью от резкой боли в левой половине мошонки. Была однократная рвота. При осмотре: левая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечна. Яичко подтянуто к корню мошонки, расположено горизонтально, резко болезненно при малейшем касании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. В чем заключается суть отрицательного симптома Прена при перекруте (связь боли с приподниманием яичка)?
3. Каков «золотой стандарт» временного интервала (в часах) для спасения жизнеспособности яичка?
4. Какую манипуляцию (наружную ...) может попытаться выполнить хирург в первые часы заболевания до операции?
5. Почему перекрут яичка чаще встречается в пубертатном периоде?

Задача 12.2. Мальчик 8 лет жалуется на умеренные боли в правой половине мошонки, которые появились вчера вечером. Ходит, слегка прихрамывая. При осмотре: отек незначительный, локализуется в области верхнего полюса яичка. Сквозь кожу просвечивает темно-синее образование размером с горошину.

Вопросы:

1. О какой патологии (перекрут ...) идет речь?
2. Что такое гидатида (рудиментарный отросток) и где она обычно располагается?
3. Как называется патогномоничный визуальный признак — симптом «синей точки»?
4. Какова хирургическая тактика при подтвержденном перекруте гидатиды (активная или выжидательная)?
5. С каким инфекционным заболеванием (паротит) иногда приходится дифференцировать боли в мошонке?

Задача 12.3. Подросток 15 лет жалуется на боли в мошонке, озноб, повышение температуры до 38,5°С. Из анамнеза: неделю назад перенес ангину. При осмотре: мошонка увеличена, придаток яичка четко контурируется, резко утолщен и болезнен. Мочеиспускание не нарушено, но в анализе мочи — умеренная лейкоцитурия.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие пути инфицирования (гематогенный, лимфогенный) наиболее характерны для детей?
3. Какое вспомогательное исследование (УЗИ с допплерографией) поможет отличить воспаление от перекрута (по характеру кровотока)?
4. В чем заключается консервативное лечение орхоэпидидимита (группы препаратов)?
5. Какое осложнение со стороны репродуктивной функции может развиться при двустороннем процессе?

Задача 12.4. Мальчик 5 лет поступил с выраженным отеком мошонки. Кожа ярко-розовая, блестящая, отек распространяется на половой член и промежность. Болей при пальпации яичек нет, они свободно определяются в мошонке, обычных размеров. Из анамнеза: ребенок аллергик, накануне ел цитрусовые.

Вопросы:

1. О каком состоянии (аллергический ...) следует думать?
2. Чем пальпаторно отличается аллергический отек от перекрута яичка?
3. Требуется ли в данном случае экстренная ревизия органов мошонки?
4. Какие препараты (антигистаминные, гормональные) являются первой линией терапии?
5. Как называется специфическая форма самоограничивающегося отека кожи мошонки у детей (инфантильный идиопатический отек)?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.** Порощай В.Н., Мыкыев К.М. Врожденные пороки развития верхних (

Тема 13. Крипторхизм.

Задача13.1. Мальчик 2 лет. При осмотре в поликлинике обнаружено отсутствие левого яичка в мошонке. Левая половина мошонки гипоплазирована (недоразвита). При пальпации в левой паховой области определяется плотно-эластическое образование размером 1,5х1,0 см, которое не удается низвести в мошонку.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (укажите сторону и форму).
2. В чем отличие паховой ретенции от абдоминальной формы крипторхизма?
3. Что такое ложный крипторхизм (мигрирующее яичко) и требует ли он операции?
4. Какова основная причина недоразвития мошонки при данном пороке?
5. В каком возрасте (согласно современным протоколам [Л1.1]) рекомендуется проводить плановую операцию?

Задача 13.2. У ребенка 3 лет левое яичко отсутствует в мошонке. При тщательном осмотре оно обнаружено под кожей в области корня полового члена. Попытка низведения в мошонку безуспешна из-за сопротивления тканей.

Вопросы:

1. Как называется данная аномалия положения (эктопия)?
2. Назовите 3 типичных места эктопии яичка (кроме корня члена).
3. Чем анатомически эктопия отличается от крипторхизма (путь миграции)?
4. Возможна ли гормональная терапия (ХГЧ) при эктопии яичка?
5. Какая операция показана в данном случае?

Задача 13.3. Мальчик 5 лет госпитализирован для планового лечения правостороннего пахового крипторхизма. Планируется выполнение операции низведения яичка.

Вопросы:

1. Назовите классическую операцию низведения и фиксации яичка по автору (например, по Петривальскому-Шомейкеру).
2. Какое сопутствующее заболевание (в 90% случаев) обнаруживается во время операции при паховом крипторхизме (незаращение ...)?
3. В чем заключается суть мобилизации элементов семенного канатика?
4. Какое грозное осложнение со стороны яичка может развиться в послеоперационном периоде при избыточном натяжении сосудов?
5. Почему крипторхизм рассматривается как **предраковое состояние** (риск развития семиномы)?

Задача 13.4. У новорожденного при осмотре яички в мошонке и паховых каналах не пальпируются. На УЗИ органов мошонки и паховых областей яички не обнаружены. Родители обеспокоены возможным отсутствием органов.

Вопросы:

1. О какой форме крипторхизма (брюшная) следует думать?
2. Как называется полное врожденное отсутствие обоих яичек?
3. Какой современный метод диагностики (лапароскопия) является окончательным для поиска яичка в брюшной полости?
4. В чем преимущество двуэтапного низведения по Фоулеру-Стивенсу при «высоком» крипторхизме?
5. Какие гормональные исследования (тестостерон, ЛГ, ФСГ) помогут отличить двусторонний крипторхизм от анорхизма?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.**

Тема 14. Ожоговая травма

Задача 14.1. Ребенок 4 лет опрокинул на себя чашку с горячим чаем. При осмотре: на передней поверхности грудной клетки и живота — разлитая гиперемия, на фоне которой имеются напряженные пузыри с прозрачным содержимым. Ребенок резко беспокоен, плачет.

Вопросы:

1. Определите степень ожога по классификации (I, II, III).
2. Как рассчитать площадь ожога у ребенка этого возраста (использование таблицы Лунда-Браудера или правила «ладони»)?
3. В чем заключается главная анатомо-физиологическая особенность кожи ребенка, способствующая более глубоким ожогам при меньшей температуре?
4. Какова тактика первой помощи на догоспитальном этапе (охлаждение)?
5. С какой площади поражения (в %) у детей раннего возраста начинается развитие ожогового шока?

Задача 14.2. Мальчик 2 лет доставлен в реанимацию через 2 часа после пожара в квартире. Ожоги пламенем туловища и нижних конечностей (30% поверхности тела). Состояние крайне тяжелое, сознание сохранено, но ребенок заторможен. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. Мочи нет.

Вопросы:

1. Назовите фазу ожоговой болезни, в которой находится ребенок.
2. В чем основное отличие ожогового шока от травматического (длительность эректильной фазы, плазмопотеря)?
3. Какая формула (например, Паркланда) используется для расчета объема инфузионной терапии в первые сутки?

4. Какой показатель (кроме АД и пульса) является главным критерием выхода из шока (почасовой диурез)?
5. Почему при ожогах пламенем необходимо исключить ожог дыхательных путей и термоингаляционную травму?

Задача 14.3. Ребенок 6 лет находится в стационаре 5-е сутки после обширного ожога (20%). Температура тела поднялась до 39,5°С, появилась рвота, бред, тахикардия. В анализе крови: нарастающий лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия. Ожоговая поверхность тусклая, со скудным отделяемым.

Вопросы:

1. В какую стадию перешла ожоговая болезнь (острая ожоговая ...)?
2. Назовите основные источники интоксикации в этот период (продукты распада тканей, бактериальные токсины).
3. Какое осложнение со стороны ЖКТ (образование острых язв) может развиться на фоне тяжелой интоксикации (язвы Курлинга)?
4. Какова роль нутритивной поддержки (высокобелковое питание) в лечении таких больных?
5. Назовите наиболее частых возбудителей инфекции ожоговой раны (синегнойная палочка, стафилококк).

Задача 14.4. У подростка 14 лет после глубокого ожога (III степень) на голени сформировался плотный сухой струп черного цвета. Через 2 недели началось отторжение струпа, обнажилась раневая поверхность с тусклыми грануляциями.

Вопросы:

1. Что такое некрэктомия и когда она показана при глубоких ожогах?
2. Какой вид кожной пластики (по автору, например, по Тиршу или расщепленным лоскутом) является основным при закрытии обширных дефектов?
3. В чем преимущество сетчатых трансплантатов (перфорированных лоскутов)?
4. Какие физиотерапевтические методы и мази используются для профилактики развития келоидных рубцов?
5. Что такое ожоговая контрактура и как ее избежать при локализации ожога в области суставов?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.**

Тема 15. Травмы органов брюшной полости.

Задача 15.1. Мальчик 10 лет упал с велосипеда, ударившись левым боком о руль. Через 2 часа почувствовал резкую слабость, головокружение. При поступлении: ребенок бледен, пульс 110 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезнен в левом подреберье. При перемене положения тела боли усиливаются.

Вопросы:

1. О каком повреждении паренхиматозного органа следует думать в первую очередь?
2. Как называется симптом «ваньки-встаньки», характерный для разрыва селезенки?
3. Какой метод УЗИ (FAST-протокол) позволяет быстро обнаружить свободную жидкость в брюшной полости?
4. Назовите характерное изменение в общем анализе крови (гемоглобин, гематокрит) при продолжающемся кровотечении.
5. Что такое двухмоментный разрыв селезенки (подкапсульная гематома)?

Задача 15.2. Ребенок 7 лет доставлен после ДТП. Состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожа землистого цвета, покрыта холодным потом. ЧСС 140 уд/мин, АД 70/40 мм рт. ст. Живот резко напряжен, при перкуссии определяется **тупость в отлогих местах** (правый фланг).

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная локализация повреждения при ударе в правое подреберье?
2. Какая тактика является приоритетной: немедленная лапаротомия или длительное дообследование (КТ, МРТ)?
3. Какова цель проведения лапароцентеза («шарящий катетер») при неясной клинической картине?
4. Какие компоненты инфузионной терапии (кристаллоиды, коллоиды) необходимо вводить параллельно с подачей в операционную?
5. Почему у детей разрывы печени протекают тяжелее, чем у взрослых (особенности капсулы и связочного аппарата)?

Задача 15.3. Девочка 12 лет получила удар мячом в область эпигастрия. Через 6 часов боли усилились, стали разлитыми, появилась однократная рвота. Температура 37,8°С. Живот «доскообразно» напряжен, положительный симптом **Щеткина-Блюмберга** во всех отделах. Печеночная тупость при перкуссии отсутствует.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось вследствие разрыва полого органа (двенадцатиперстной или тощей кишки)?
2. О чем свидетельствует исчезновение печеночной тупости (наличие газа)?
3. Какой рентгенологический признак («серп» воздуха) подтверждает перфорацию полого органа?
4. Какое исследование (обзорная рентгенография) проводится в положении стоя или латеропозиции?
5. В чем заключается особенность хирургической обработки раны кишки при ее полном разрыве?

Задача 15.4. Ребенок 8 лет ударился животом о край стола. В первые сутки боли были умеренными, но на 3-й день стали опоясывающими, появилась повторная рвота, состояние ухудшилось. В эпигастрии пальпируется болезненное опухолевидное образование без четких контуров.

Вопросы:

1. Повреждение какого органа (ретроперитонеального) можно заподозрить?
2. Уровень какого фермента в моче и крови (амилаза/диастаза) будет резко повышен?
3. Что такое посттравматическая киста поджелудочной железы и как она формируется?

4. Какова основная тактика консервативного лечения при ушибе железы (голод, холод, ингибиторы ферментов)?
5. Почему при травме поджелудочной железы часто развивается парез кишечника?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.**

Тема 16. Некротическая флегмона новорожденных.

Задача 16.1. Новорожденному 10 дней. Мать заметила на коже поясничной области небольшое пятно красного цвета, плотное на ощупь. Через 6 часов пятно увеличилось в 3 раза, стало багрово-синюшным, кожа над ним горячая. Ребенок стал вялым, отказывается от груди, температура 38,9°С. При пальпации в центре поражения определяется размягчение.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие стадии развития НФН (эритематозная, альтеративно-некротическая, отторжения) наблюдаются в данном случае?
3. Какова главная особенность кровоснабжения подкожной клетчатки у новорожденных, объясняющая молниеносное распространение процесса?
4. Назовите наиболее частую локализацию флегмоны (поясница, крестец, грудная клетка).
5. Почему при НФН площадь поражения под кожей всегда больше, чем видимое покраснение?

Задача 16.2. Ребенок 14 дней доставлен с обширным поражением кожи спины. Пятно синюшное, в центре — участок черного цвета (некроз). При легком надавливании кожа легко отслаивается от подлежащих тканей. Состояние тяжелое, выражена интоксикация.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями (рожа, склерема, мастит) необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. В чем отличие НФН от рожистого воспаления (границы, характер края)?
3. Что такое симптом Никольского и встречается ли он при классической флегмоне новорожденных?
4. Какова роль золотистого стафилококка в содружестве с грамотрицательной флорой в этиологии заболевания?
5. О чем свидетельствует появление флуктуации (зыбления) в очаге поражения?

Задача 16.3. Диагноз НФН подтвержден. Ребенок взят в операционную. Хирург планирует выполнить разрезы для декомпрессии и удаления гноя.

Вопросы:

1. Как называются множественные разрезы, выполняемые при флегмоне (насечки в шахматном порядке)?
2. Какова должна быть длина разрезов и расстояние между ними согласно рекомендациям.
3. Должны ли разрезы захватывать здоровую кожу по периферии очага?
4. Какой метод дренирования (с какими антисептиками) применяется после выполнения разрезов?

5. В чем заключается опасность неадекватного (слишком малого) количества разрезов при этой патологии?

Задача 16.4. Ребенок прооперирован по поводу НФН. На 5-е сутки началось массовое отторжение кожи и подкожной клетчатки, обнажилась фасция мышц. Состояние остается тяжелым, сохраняется высокая лихорадка, появилась одышка, печень увеличена на 3 см.

Вопросы:

1. Какое системное осложнение (сепсис) развивается при прогрессировании НФН?
2. Какое поражение легких (метастатическая ...) часто сопутствует тяжелой флегмоне?
3. В чем заключается суть второго этапа хирургического лечения (после очищения раны от некрозов)?
4. Какие виды кожной пластики могут потребоваться при обширных дефектах кожи?
5. Почему у детей, перенесших НФН, в будущем могут формироваться грубые деформирующие рубцы?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2]2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том)Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Омурбеков Т.О., и др. Грыжи передней брюшной стенки: Учебное пособие [Л2.5] Бишкек: КРСУ, 2020 **Методические рекомендации.**

Тема17. Черепно-мозговые травмы.

Задача 17.1. Мальчик 5 лет упал с качелей, ударился затылком. Отмечалась кратковременная потеря сознания (до 1 минуты), однократная рвота. При поступлении через 2 часа: жалобы на головную боль, слабость. Неврологически: зрачки равные, патологических рефлексов нет, отмечается легкий нистагм при крайних отведениях глазных яблок. На рентгенограмме черепа костной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В чем заключается главная особенность сбора анамнеза у детей дошкольного возраста при травме головы?
3. Что такое ретроградная амнезия и характерна ли она для сотрясения?
4. Какова минимальная длительность стационарного наблюдения при подозрении на ЧМТ?
5. Какова тактика медикаментозного лечения (режим, дегидратация) при данной форме?

Задача 17.2. Девочка 10 лет сбита автомобилем. Доставлена в тяжелом состоянии. Сознание спутанное (сопор). Из правого слухового прохода вытекает светлая жидкость с примесью крови. Вокруг глаз — симметричные кровоизлияния («симптом очков»).

Вопросы:

1. О каком тяжелом повреждении (перелом основания черепа) свидетельствуют данные симптомы?
2. Как называется истечение спинномозговой жидкости из уха (отоликворея)?
3. Назовите типичные признаки ушиба головного мозга средней или тяжелой степени.

4. Какой метод лучевой диагностики (КТ или МРТ) является приоритетным в остром периоде для выявления костных повреждений и гематом?
5. Почему при переломе основания черепа противопоказано промывание слухового прохода и носа?

Задача 17.3. Ребенок 7 лет упал с дерева. Сразу после падения чувствовал себя хорошо («светлый промежуток»). Через 4 часа состояние резко ухудшилось: появилась нарастающая головная боль, повторная рвота, ребенок стал сонливым. При осмотре: правый зрачок шире левого (анизокория), пульс редкий (брадикардия).

Вопросы:

1. Какое грозное осложнение (внутричерепная гематома) развилось у ребенка?
2. Что такое «светлый промежуток» и для какого вида гематом он наиболее характерен?
3. Объясните механизм развития анизокории (на какой стороне обычно расширен зрачок по отношению к гематоме)?
4. Какое экстренное хирургическое вмешательство показано при нарастании симптомов сдавления мозга?
5. Какова причина развития брадикардии при повышении внутричерепного давления (триада Кушинга)?

Задача 17.4. Грудному ребенку 4 месяца. Выпал из коляски. Внешних повреждений нет, сознание не терял. Через час стал вялым, отказывается от еды, отмечается выбухание и напряжение большого родничка, срыгивания «фонтаном».

Вопросы:

1. Почему у младенцев классические симптомы ЧМТ часто сглажены или отсутствуют в первые часы?
2. О чем свидетельствует напряжение большого родничка у грудного ребенка после травмы?
3. Какой быстрый и безопасный метод диагностики (нейросонография) доступен через открытый родничок?
4. Что такое субдуральная гигрома и почему она чаще встречается у детей до года?
5. В чем заключается опасность скрытого внутричерепного кровотечения у младенцев (риск резкого падения гемоглобина).

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. **Методические рекомендации.**

Тема18. Травмы органов грудной клетки у детей.

Задача 18.1. Мальчик 12 лет во время игры в футбол получил сильный удар мячом в правую половину грудной клетки. Сразу появились боли, стало трудно дышать. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает в дыхании, межреберные промежутки сглажены. Перкуторно справа — коробочный звук, аускультативно — дыхание резко ослаблено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В какую сторону смещаются органы средостения (сердце) при скоплении воздуха в плевральной полости?
3. В каком межреберье и по какой линии проводится пункция для удаления воздуха?
4. Какое инструментальное исследование является подтверждающим (рентгенография в какой проекции)?
5. Опишите механизм развития подкожной эмфиземы при травме груди.

Задача 18.2. Ребенок 7 лет доставлен после падения с высоты. Состояние крайне тяжелое, выраженная одышка (ЧД 50 в мин), цианоз губ и лица. Шея кажется утолщенной, при пальпации кожи ощущается хруст (крепитация). Слева дыхание не выслушивается, сердечный толчок смещен вправо.

Вопросы:

1. Какое острое осложнение (клапанный ...) развилось у ребенка?
2. Почему это состояние считается критическим (влияние на венозный возврат к сердцу)?
3. В чем заключается суть экстренной декомпрессии на догоспитальном этапе (игла с клапаном)?
4. Какова цель установки постоянного дренажа по Бюлау?
5. Что такое «феномен рикошета» при ударе в грудную клетку у детей (почему легкое рвется без перелома ребер)?

Задача 18.3. Подросток 14 лет получил проникающее ножевое ранение левой половины грудной клетки. Жалуется на сильную слабость, головокружение, нехватку воздуха. Бледен, пульс 120 уд/мин, АД 80/50 мм рт. ст. При перкуссии слева ниже угла лопатки — **тупость**, дыхание там не проводится.

Вопросы:

1. О каком осложнении (скопление крови) идет речь?
2. Какие существуют степени гемоторакса по объему излившейся крови (малый, средний, тотальный)?
3. Как проводится проба Рувилуа-Грегуара (оценка свертываемости крови из плевральной полости) и о чем говорит положительный результат?
4. Какова тактика при продолжающемся внутриплевральном кровотечении (торакотомия или консервативное лечение)?
5. Какое осложнение со стороны легкого может развиться в позднем периоде при неэвакуированной крови (свернувшийся гемоторакс)?

Задача 18.4. Ребенок 10 лет получил сильный удар в область грудины при ДТП (удар о переднюю панель). Видимых повреждений ребер нет. Жалуется на боли за грудиной, сердцебиение. На ЭКГ выявлены нарушения ритма и снижение вольтажа зубцов. На рентгенограмме — участки затемнения в легких без четких границ.

Вопросы:

1. О каких повреждениях внутренних органов (ушиб ...) можно думать?
2. Почему у детей переломы ребер встречаются реже, чем у взрослых, даже при тяжелых травмах (эластичность каркаса)?

3. Какова тактика лечения при ушибе легкого (ограничение инфузии, оксигенотерапия)?
4. Какое грозное осложнение со стороны сердца (тампонада) может развиться при повреждении его оболочек?
5. В чем заключается опасность травматического асфиксического синдрома (сдавливание груди)?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. **Методические рекомендации.**

Тема 19. Переломы верхних и нижних конечностей.

Задача 19.1. Мальчик 6 лет упал на вытянутую руку во время бега. Жалуется на боли в области предплечья. При осмотре: имеется умеренная деформация костей предплечья в средней трети (угол открыт в тыльную сторону), значительного отека нет. Пальпация резко болезненна. При движении костные отломки не смещаются, крепитации нет.

Вопросы:

1. О каком типично «детском» типе перелома (по типу ...) идет речь?
2. Почему при таком переломе часто отсутствует полное смещение отломков (роль надкостницы)?
3. Что такое поднадкостничный перелом и чем он отличается от полной фрактуры?
4. Какова тактика лечения при переломах по типу «зеленой ветки» (нужна ли репозиция при угловой деформации)?
5. Какова средняя длительность иммобилизации при переломах предплечья у детей этого возраста?

Задача 19.2. Девочка 10 лет подвернула стопу при прыжке. Жалуется на резкую боль в области голеностопного сустава. При осмотре: выраженный отек в области наружной лодыжки, локальная болезненность строго по линии суставной щели. На рентгенограмме выявлено смещение эпифиза большеберцовой кости относительно метафиза.

Вопросы:

1. Как называется травматический отрыв и смещение эпифиза по линии росткового хряща?
2. Назовите классификацию повреждений зоны роста по авторам (Сальтер-Харрис).
3. Какое грозное отдаленное осложнение (нарушение ...) может развиться при повреждении росткового хряща?
4. Почему эпифизеолизы встречаются только у детей и подростков?
5. Требует ли данная травма идеальной анатомической репозиции?

Задача 19.3. Ребенок 7 лет упал с турника на локоть. Локтевой сустав резко увеличен в объеме, деформирован. Предплечье кажется укороченным. При пальпации определяется костная крепитация выше локтевого отростка. Пульс на лучевой артерии ослаблен, пальцы кисти бледные, холодные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. О каком тяжелом осложнении (сдавление плечевой артерии) свидетельствуют бледность и отсутствие пульса?
3. Что такое ишемическая контрактура Фолькмана и как ее предотвратить?
4. Какой метод фиксации (скелетное вытяжение или закрытая репозиция с фиксацией спицами Киршнера) предпочтителен при значительном отеке?
5. Почему при этом переломе важно проверять функцию лучевого и локтевого нервов?

Задача 19.4. Мальчик 4 лет доставлен после падения с большой высоты. Жалуется на боли в правом бедре. Правая нога укорочена, ротирована кнаружи, в средней трети бедра — патологическая подвижность и деформация. Ребенок плачет, выражены признаки болевого шока.

Вопросы:

1. Какова тактика первой помощи (транспортная иммобилизация) на месте происшествия?
2. Какой метод лечения является основным для детей до 5 лет при переломах бедра (лейкопластырное вытяжение по ...)?
3. В чем преимущество вертикального вытяжения (по Бриану) у детей младшего возраста?
4. Допустимо ли у детей укорочение или удлинение сегмента на 1-1,5 см при сращении (способность к самокоррекции)?
5. Через какое время (в среднем) образуется первичная костная мозоль у ребенка 4 лет?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная**. 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. **Методические рекомендации.** Наманов А.А., Мыкыев К.М. Переломы костей верхних конечностей у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2016 [Л3.9]. Мыкыев К.М., Наманов А.А., Замирбеков К.З. Травмы нижних конечностей у детей. Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов Бишкек: КРСУ 2018[Л3.18].

Тема 20. Врождённый вывих бедра.

Задача 20.1. При осмотре в родильном доме новорожденной девочки (от 1-й беременности, ягодичное предлежание) врач-неонатолог обратил внимание на асимметрию кожных складок на бедрах. При попытке отведения ножек, согнутых в коленных и тазобедренных суставах, слева послышался характерный «щелчок», после чего отведение стало полным.

Вопросы:

1. О каком патогномоничном симптоме (симптом ...) идет речь?
2. Какие еще визуальные признаки (кроме асимметрии складок) характерны для ВВБ у младенцев?
3. Какова роль ягодичного предлежания в этиологии данного порока?
4. Какой метод лучевой диагностики (УЗИ или рентген) является методом выбора для детей до 3-месячного возраста?
5. В чем заключается суть консервативного лечения в первые дни жизни (широкое пеленание)?

Задача 20.2. Ребенку 4 месяца. Мать жалуется на ограничение отведения правой ножки. На рентгенограмме тазобедренных суставов выявлено: скошенность крыши вертлужной впадины, позднее появление ядра окостенения головки бедренной кости справа, смещение проксимального конца бедра кверху и кнаружи.

Вопросы:

1. Назовите основной рентгенологический показатель — угол, характеризующий степень скошенности крыши впадины.
2. Что такое линия Шентона и как она изменяется при вывихе?
3. Опишите триаду Путти, характерную для врожденного вывиха бедра.
4. До какого возраста (в месяцах) в норме должны появиться ядра окостенения головок бедренных костей?
5. Как называется воображаемая вертикальная линия, помогающая определить латеральное смещение бедра (линия Перкина)?

Задача 20.3. Девочка 1 года 2 месяцев начала ходить. Мать заметила, что ребенок «переваливается» с боку на бок («утиная походка»). При осмотре: выражен поясничный лордоз, большой вертел справа расположен выше линии Розера-Нелатона. При опоре на правую ногу левая половина таза опускается.

Вопросы:

1. Как называется симптом недостаточности ягодичных мышц (опускание таза)?
2. Почему при двустороннем вывихе формируется «утиная походка»?
3. О каком относительном укорочении конечности идет речь при ВВБ?
4. Какова тактика лечения ребенка в этом возрасте (этапные гипсовые повязки или аппараты)?
5. Назовите наиболее известное приспособление для функционального лечения ВВБ (стремена ...).

Задача 20.4. Ребенку 3 лет с врожденным вывихом бедра консервативное вправление не удалось. Принято решение о проведении открытого вправления вывиха с реконструкцией сустава.

Вопросы:

1. Какое анатомическое препятствие (внутри сустава) чаще всего мешает закрытому вправлению у детей старше года?
2. Назовите виды оперативных вмешательств: на каком отделе кости выполняется корригирующая остеотомия?
3. Что такое асептический некроз головки бедра и почему он может возникнуть после грубого вправления?
4. Какова длительность иммобилизации в кокситной гипсовой повязке после операции?
5. В чем заключается важность реабилитации (ЛФК, физиотерапия) после снятия гипса?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и

ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. Методические рекомендации.Л3.18].

Тема 21. Нефробластома.

Задача 21.1. Мать 3-летнего ребенка во время купания случайно обнаружила в животе справа плотное малоподвижное образование. Ребенок активен, аппетит сохранен. При осмотре: в правой половине живота пальпируется опухоль размером 10х8 см, поверхность гладкая, безболезненная. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Почему при пальпации живота у такого ребенка следует соблюдать крайнюю осторожность (риск диссеминации)?
3. Какой наиболее частый возрастной пик заболеваемости нефробластомой у детей?
4. Какие изменения в общем анализе мочи (микрогематурия) могут встречаться, но не являются обязательными?
5. Назовите сопутствующий симптом со стороны глаз (аниридия), который иногда сочетается с опухолью Вильмса.

Задача 21.2. Ребенок 4 лет обследуется по поводу подозрения на нефробластому левой почки. Состояние удовлетворительное, АД 115/80 мм рт. ст. (умеренная гипертензия). Назначен комплекс диагностических процедур.

Вопросы:

1. Какой метод УЗИ (допплерография) необходим для исключения прорастания опухоли в почечную и нижнюю полую вену?
2. Какие признаки на экскреторной урограмме (деформация чашечно-лоханочной системы, «ампутация» чашечек) характерны для этой опухоли?
3. В какой орган чаще всего происходит метастазирование нефробластомы (необходима рентгенография грудной клетки)?
4. Какова причина развития артериальной гипертензии при опухоли почки (сдавление артерии, выброс ренина)?
5. С какими заболеваниями (забрюшинная нейробластома, гидронефроз) нужно проводить дифференциальный диагноз?

Задача 21.3. У ребенка 2 лет диагностирована нефробластома. Опухоль ограничена почкой, капсула не проросла, метастазов нет. Планируется комплексное лечение.

Вопросы:

1. Какая стадия заболевания (по системе SIOP или NWTS) соответствует данному описанию?
2. В чем заключается суть комбинированного лечения (сочетание операции и чего еще)?
3. Допустима ли пункционная биопсия опухоли почки при подозрении на нефробластому (риск обсеменения)?
4. Проводится ли предоперационная химиотерапия (согласно протоколам SIOP) для уменьшения объема опухоли?
5. Как называется радикальная операция по удалению почки вместе с опухолью и жировой клетчаткой?

Задача 21.4. Ребенок 5 лет прооперирован по поводу нефробластомы II стадии. Выполнена радикальная нефрэктомия. Гистологическое заключение: «благоприятный гистологический вариант».

Вопросы:

1. Какова частота диспансерного наблюдения онкологом в первый год после операции?
2. Какие показатели функции оставшейся почки (креатинин, мочевина) необходимо контролировать?
3. О чем свидетельствует «неблагоприятный» гистологический тип (анаплазия)?
4. Каков примерный процент пятилетней выживаемости при своевременном лечении локализованных форм?
5. Какие ограничения в физической нагрузке и вакцинации накладываются на ребенка после химиотерапии?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. Методические рекомендации.

Тема 22. Нарушение осанки.

Задача 22.1. Мальчик 10 лет. Мать жалуется на «сутулость» ребенка. При осмотре: голова наклонена вперед, плечи сведены, лопатки выступают («крыловидные»), грудная клетка уплощена. Грудной кифоз усилен, поясничный лордоз сглажен. При активном выпрямлении спины деформация исчезает.

Вопросы:

1. О каком типе нарушения осанки (круглая спина/сутулость) идет речь?
2. В чем главное отличие нарушения осанки от сколиотической болезни (фиксированность деформации)?
3. Назовите основную причину функциональной сутулости в школьном возрасте (слабость мышц ...).
4. Как проверить ригидность кифоза (проба с наклоном вперед)?
5. Какова роль правильной организации рабочего места школьника в профилактике данного состояния?

Задача 22.2. Девочка 12 лет, астенического телосложения. При осмотре: физиологические изгибы позвоночника (кифоз и лордоз) практически отсутствуют, спина выглядит «прямой, как доска». Живот подат вперед. Ребенок жалуется на быструю утомляемость при стоянии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (плоская спина).
2. Почему плоская спина считается опасным нарушением (снижение рессорной функции позвоночника)?
3. К какому серьезному осложнению со стороны позвоночника (остеохондроз/спондилолистез) предрасполагает отсутствие изгибов?
4. Какие виды спорта (плавание, ЛФК) наиболее показаны при данном типе осанки?

5. Назовите антропометрический показатель (индекс), помогающий оценить физическое развитие ребенка.

Задача 22.3. У ребенка 8 лет при диспансерном осмотре выявлено: правое плечо выше левого на 1 см, треугольники талии асимметричны (справа сглажен). При наклоне вперед (тест Адамса) мышечный валик или реберное выбухание отсутствуют. При укладывании ребенка на ровную кушетку асимметрия плеч исчезает.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз (асимметричная осанка).
2. Что такое тест Адамса и почему он отрицателен при нарушении осанки?
3. Какова роль разной длины нижних конечностей в формировании асимметрии таза и плеч?
4. Требуется ли выполнение рентгенографии позвоночника в данном случае?
5. В чем заключается тактика «активной коррекции» (роль мышечного корсета)?

Задача 22.4. Ребенку 9 лет поставлен диагноз: Вялая осанка, плоскостопие 1 степени. Назначен курс реабилитации в поликлинике.

Вопросы:

1. Почему плоскостопие часто сочетается с нарушением осанки (нарушение «фундамента» тела)?
2. Какие упражнения (симметричные или асимметричные) являются базовыми в ЛФК при функциональных нарушениях?
3. Допустимо ли использование жестких корсетов при нарушении осанки у детей?
4. Какова рекомендуемая кратность занятий лечебной физкультурой для достижения стойкого эффекта?
5. Назовите 3 критерия правильной осанки при осмотре сбоку (положение мочки уха, плеча и большого вертела на одной линии).

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. Методические рекомендации.

Тема 23. Остеохондропатии.

Задача23.1. Мальчик 7 лет жалуется на умеренные боли в правом коленном суставе и прихрамывание, появившиеся 2 недели назад без видимой травмы. При осмотре: патологии в коленном суставе не выявлено, однако отмечено ограничение внутренней ротации и отведения в правом **тазобедренном суставе**. Мышцы бедра справа гипотрофичны.

Вопросы:

1. О какой патологии (остеохондропатия головки ...) следует думать?
2. Почему при болезни Пертеса боли часто иррадиируют в коленный сустав (отраженная боль)?
3. Назовите 5 стадий заболевания по Рейнбергу (асептический некроз, импрессионный перелом и др.).

4. Какова основная цель консервативного лечения (полная разгрузка сустава, манжеточное вытяжение)?
5. Какой метод диагностики (кроме рентгена) позволяет выявить заболевание на I стадии (сосудистые нарушения)?

Задача 23.2. Подросток 13 лет, активно занимающийся футболом, жалуется на боли и появление «шишки» под левым коленом. Боли усиливаются при беге, прыжках и стоянии на коленях. При осмотре: в области бугристости большеберцовой кости определяется плотное, болезненное выпячивание, кожа над ним не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. В чем заключается суть патологии (остеохондропатия бугристости ...)?
3. Почему это заболевание характерно именно для подросткового возраста (интенсивный рост и тяга собственной связки надколенника)?
4. Какова тактика амбулаторного лечения (ограничение нагрузок, физиотерапия)?
5. Каков прогноз заболевания после завершения роста скелета?

Задача 23.3. У подростка 15 лет при диспансеризации выявлен выраженный грудной кифоз («горбатая спина»). Ребенок жалуется на боли в спине после длительного сидения. При попытке максимально выпрямиться кифоз сохраняется (ригиден). На рентгенограмме позвоночника: клиновидная деформация тел Th7-Th9 позвонков, неровность замыкательных пластинок.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз (остеохондропатия тел ...).
2. Назовите характерный рентгенологический признак — внедрение пульпозного ядра в тело позвонка (грыжи ...).
3. Какое количество клиновидно деформированных позвонков (минимум) необходимо для подтверждения диагноза?
4. Какие методы консервативной коррекции (ЛФК, плавание, корсетирование) применяются при II стадии?
5. Чем болезнь Шейермана-Мау отличается от функционального нарушения осанки?

Задача 23.4. Мальчик 6 лет жалуется на боли в области тыла стопы и хромоту. При осмотре: локальная припухлость и болезненность в проекции ладьевидной кости. На рентгенограмме: ладьевидная кость уплощена, склерозирована, фрагментирована.

Вопросы:

1. О какой болезни (Келера ...) идет речь?
2. В чем отличие болезни Келера II от Келера I (локализация в головках плюсневых костей, типичный возраст)?
3. Какова основная причина развития асептического некроза костей стопы (микротравматизация, нарушение кровоснабжения)?
4. Какова тактика иммобилизации (гипсовая «сапожок» или разгрузочная стелька)?
5. Требуется ли хирургическое лечение при типичном течении этих заболеваний?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы

детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3]. Мыкыев К.М., Мыкыев К.М.и др.Курс лекций по детской хирургии: Учебное пособие (3-й том) Бишкек: КРСУ, 2019 [Л2.4]. Мыкыев К.М. Травматология и ортопедия детского возраста: Учебное пособие Бишкек: КРСУ 2021 [Л2.6]. Методические рекомендации.

Тема 24. Гемангиомы у детей.

Задача №1 У новорожденной девочки через 2 недели после рождения на коже щеки появилось небольшое красное пятнышко, которое начало быстро расти и возвышаться над поверхностью кожи. К 3 месяцам образование достигло 3 см в диаметре, приобрело ярко-красный («земляничный») цвет и напряженную консистенцию. При плаче ребенка образование становится более ярким.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (укажите клиническую форму).
2. Назовите 3 основные фазы развития инфантильной гемангиомы (пролиферация, стагнация, инволюция).
3. Почему гемангиомы челюстно-лицевой области считаются «опасными» локализациями (риск нарушения каких функций)?
4. Каков механизм действия бета-блокаторов (пропранолола) при лечении растущих гемангиом?
5. В чем заключается диагностическая ценность УЗИ с допплерографией (оценка кровотока)?

Задача 24.2. Ребенку 5 месяцев. В области промежности располагается обширная поверхностная гемангиома. В центре образования появилось мокнутие, а затем болезненная ранка с серым налетом. Ребенок беспокоен при смене подгузника и подмывании.

Вопросы:

1. Какое осложнение гемангиомы развилось в данном случае?
2. Почему локализация в области промежности и естественных складок наиболее подвержена изъязвлению?
3. Какова тактика местного лечения изъязвленной гемангиомы (антисептики, гидроколлоидные повязки)?
4. Существует ли риск вторичного инфицирования и кровотечения из такой раны?
5. Является ли изъязвление показанием к немедленному началу системной терапии?

Задача 24.3 У ребенка 2 месяцев в области правого бедра определяется массивное подкожное образование синюшного цвета, мягко-эластической консистенции. За последние 3 дня образование резко увеличилось в объеме, стало плотным, на коже появились петехии (точечные кровоизлияния). В анализе крови: тромбоцитопения ($40x10^9$/л), снижение уровня фибриногена.

Вопросы:

1. О каком тяжелом осложнении (синдром ...) свидетельствует сочетание гигантской гемангиомы и тромбоцитопении?
2. Каков патогенез этого синдрома (депонирование и потребление тромбоцитов внутри опухоли)?
3. К какому виду сосудистых опухолей (капошиформная гемангиоэндотелиома или пучковатая гемангиома) чаще всего относится этот синдром?
4. Какова тактика экстренной помощи (глюкокортикоиды, специфическая терапия)?

5. Почему при этом синдроме противопоказано переливание тромбомассы (кроме случаев активного кровотечения)?

Задача 24.4. Родители 6-месячного ребенка обратились с целью удаления небольшой (0,5 см) точечной гемангиомы на коже спины. Образование не растет в течение последних 2 месяцев.

Вопросы:

1. Какие существуют методы локального воздействия на небольшие поверхностные гемангиомы (криодеструкция, лазеротерапия, склеротерапия)?
2. В чем преимущество селективного фототермолиза (сосудистого лазера) перед криодеструкцией (отсутствие рубцов)?
3. В каких случаях оправдана тактика активного наблюдения («wait and see»)?
4. Каков процент случаев спонтанной инволюции (самопроизвольного исчезновения) инфантильных гемангиом к 5–7 годам?
5. Назовите показания к хирургическому иссечению гемангиомы (остаточные деформации кожи, неэффективность консервативных методов).

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3].

Тема 25. Пороки развития верхней челюсти у детей.

Задача 25.1. У новорожденного мальчика при осмотре в родзале обнаружен дефект мягких тканей верхней губы слева, проходящий через всю высоту губы и открывающийся в полость носа. Левое крыло носа уплощено, кончик носа смещен в сторону расщелины. Сосание груди затруднено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (укажите сторону и полноту дефекта).
2. Назовите основную причину нарушения функции сосания при данном пороке.
3. Как называется классическая операция по восстановлению губы (хейлопластика) и в каком оптимальном возрасте она проводится?
4. Какие специалисты, помимо хирурга, должны участвовать в диспансерном наблюдении (логопед, ортодонт)?
5. Опишите цель предоперационной подготовки (использование специальных пластинок-обтураторов).

Задача 25.2. У новорожденной девочки при крике виден дефект тканей нёба, проходящий через мягкое и твердое нёбо до резцового отверстия. Сообщение между полостями рта и носа свободное. При кормлении отмечается регургитация (вытекание молока через нос) и поперхивание.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз по классификации (полная или частичная расщелина нёба).
2. Почему у таких детей часто развиваются хронические отиты и евстахииты?
3. Как называется операция по закрытию дефекта нёба (уранопластика) и каковы сроки её проведения [Л1.2]?
4. В чем заключается суть велофарингопластики (удлинение мягкого нёба)?
5. Какова опасность аспирации пищи у новорожденных с данным пороком?

Задача 25.3. Младенец родился с выраженным недоразвитием нижней челюсти (**микрогения**) и расщелиной мягкого нёба. В положении на спине у ребенка возникает шумное дыхание (стридор) и западание языка (**глоссоптоз**), что приводит к приступам удушья (асфиксии).

Вопросы:

1. Назовите данный симптомокомплекс (синдром ...).
2. Какое положение в постели (позиционная терапия) необходимо придать ребенку для предотвращения западания языка?
3. Почему при этом синдроме расщелина нёба часто имеет U-образную форму?
4. Какая временная хирургическая манипуляция (язычно-губная адгезия) может потребоваться при неэффективности консервативных мер?
5. В чем заключается метод компрессионно-дистракционного остеогенеза для коррекции микрогении?

Задача 25.4. Ребенку 5 лет, прооперирован в раннем детстве по поводу полной расщелины губы и нёба. При осмотре: имеется рубцовая деформация верхней губы, сужение верхней челюсти, речь невнятная с выраженным **носовым оттенком** (гннусавость).

Вопросы:

1. Как называется дефект речи, связанный с утечкой воздуха в нос при произношении звуков (открытая ринолалия)?
2. Роль какого специалиста (логопеда) является ведущей в этот возрастной период?
3. Какие ортодонтические аппараты применяются для расширения верхней челюсти и выравнивания зубного ряда?
4. О чем свидетельствует недостаточность нёбно-глоточного кольца после уранопластики?
5. В каком возрасте обычно проводятся финальные косметические коррекции (ринохейлопластика) на лице?

Литература. Основная. 1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. [Л1.1]. 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Детская хирургия: классический университетский учебник Бишкек: Типография КРСУ, 2021. [Л1.2]. **Дополнительная.** 1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., и др.Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие Бишкек: КРСУ, 2015 [Л2.2] 2. Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., и др. Избранные вопросы детской хирургии: Учебное пособие (2-й том) Бишкек: КРСУ, 2018 [Л2.3].

Блок С *(пример содержания)*

С.0 Варианты заданий на выполнение курсовых проектов/работ приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе
С.1 Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола

С.2 Индивидуальные творческие задания

С2.1. Создание сравнительной таблицы дифференциальной диагностики аппендицита у детей разных возрастных групп.
С2.2. Разработка пошаговой инструкции для участкового педиатра при подозрении на инвагинацию кишечника.
С.2.3. Съёмка учебного ролика, демонстрирующего методику физикального осмотра ребёнка с

хирургической патологией.
С.2.4. Подготовка реферата-презентации о переходе от открытых операций к эндоскопическим методам при лечении гидронефроза или атрезии пищевода.
С.2.5. Моделирование порока путём изготовления из подручных материалов макета для демонстрации механизма патологии и принципа операции.
С.2.6. Оформление истории болезни с творческим компонентом.

Блок D

Перечень вопросов и заданий для промежуточной аттестации (зачет/экзамен)

1. **Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (Теоретическая база)**

1. Анатомо-физиологические особенности передней брюшной стенки и органов брюшной полости у новорожденных.
2. Классификация и этиопатогенез острого аппендицита у детей разного возраста.
3. Клинические формы инвагинации кишечника и сроки развития некроза кишки.
4. Эмбриогенез и классификация атрезии пищевода (по Vogt и Ladd).
5. Патогенез водно-электролитных нарушений при пилоростенозе и высокой кишечной непроходимости.
6. Стадии течения острого гематогенного остеомиелита и теории его развития (Лексера, Виленского, Дерижанова).
7. Классификация ожогов по глубине и площади (таблица Лунда-Браудера) у детей.
8. Клиническая картина и классификация пороков развития мочевыделительной системы (гидронефроз, ПМР).
9. Сроки формирования и виды врожденных расщелин верхней губы и неба.
10. Виды травматических повреждений костей у детей (переломы «зеленой ветки», эпифизеолизы Салтера-Харриса).
11. Симптоматология болезни Гиршпрунга в зависимости от протяженности аганглионарной зоны.
12. Патофизиология открытого и напряженного пневмоторакса при деструктивной пневмонии.
13. Клинические формы крипторхизма и причины нарушения миграции яичка.
14. Дифференциальная диагностика грыж пупочного канатика и гастрошизиса.
15. Классификация аноректальных пороков (Крикенбекская система).
16. Показания к плановому лечению паховых грыж, водянки оболочек яичка и фимоза.
17. Этиология и стадии язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭК) у недоношенных.
18. Клинические признаки дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.
19. Виды доброкачественных образований мягких тканей (гемангиомы, лимфангиомы, невусы).
20. Принципы антибактериальной терапии при гнойно-септических заболеваниях в педиатрии.

2. Задачи для проверки уровня обученности УМЕТЬ

Задача 1 (Острый аппендицит**)**

Ребенок 8 лет жалуется на боли, которые начались в эпигастрии, а через 6 часов локализовались в правой подвздошной области. Температура 37,5°C.

- **Задание:** Обоснуйте диагноз, опишите механизм смещения боли (симптом Кохера) и составьте план дифференциальной диагностики с мезаденитом.

Задача 2 (Инвагинация кишечника)
Мальчик 7 месяцев, приступы крика каждые 15-20 минут, бледность, однократная рвота. Заболел 4 часа назад.

- **Задание:** Определите тактику лечения (консервативная или оперативная) исходя из сроков заболевания и опишите критерии успешного расправления кишки воздухом.

Задача 3 (Пилоростеноз)
Младенец 3-х недель, рвота «фонтаном» без примеси желчи. Дефицит массы тела 12%.

- **Задание:** Сформулируйте план обследования (УЗИ-критерии) и объясните, какие электролитные нарушения (гипохлоремия, алкалоз) вам необходимо купировать до операции.

Задача 4 (Инородное тело бронха)
Ребенок 2-х лет во время еды арахиса внезапно закашлялся. Сейчас: одышка, при аускультации дыхание справа не проводится.

- **Задание:** Опишите рентгенологическую картину при «вентильном» стенозе и определите метод экстренного извлечения инородного тела.

Задача 5 (Ожог и ожоговый шок)
Ребенок 3-х лет опрокинул на себя чайник. Обожжена передняя поверхность туловища и правая рука. Кожа гиперемирована, с напряженными пузырями.

- **Задание:** Рассчитайте площадь поражения по таблице Лунда-Браудера и определите объем инфузии в первые 8 часов по формуле Паркланда.

Задача 6 (Перелом плечевой кости)
Ребенок упал на локоть. Выраженный отек локтевого сустава, деформация. Пульс на лучевой артерии нитевидный.

- **Задание:** Оцените риск развития ишемической контрактуры Фолькмана и выберите метод фиксации (скелетное вытяжение или закрытая репозиция).

Задача 7 (Острый гематогенный остеомиелит)
Ребенок 10 лет, боли в области коленного сустава, температура 39,2°С. Рентгенография костей голени без патологии.

- **Задание:** Обоснуйте необходимость остеоперфорации при отсутствии рентгенологических данных и выберите группы антибиотиков для стартовой терапии.

Задача 8 (Врожденный вывих бедра)
Новорожденный, симптом «щелчка» положителен, ягодичные складки асимметричны.

- **Задание:** Составьте алгоритм диагностики (роль УЗИ по Графу) и выберите вид ортопедического пособия (шина Павлика или подушка Фрейка).

Задача 9 (Гидронефроз)
На УЗИ у плода выявлено расширение лоханки до 25 мм. После рождения на УЗИ паренхима почки истончена.

- **Задание:** Спланируйте диагностический минимум (микционная цистография, радиоизотопная реография) для решения вопроса об оперативном лечении.

Задача 10 (Перекрут яичка)
Мальчик 12 лет, острая боль в мошонке, развившаяся ночью. Мошонка гиперемирована, яичко подтянуто к паховому каналу.

- **Задание:** Проведите дифференциальный диагноз с перекрутом гидатиды и обоснуйте экстренность ревизии органов мошонки («золотые 6 часов»).

Задача 11 (Болезнь Гиршпрунга)
Ребенок 4-х лет, хронические запоры с рождения, «лягушачий» живот. Каловые массы выделяются только после клизмы.

- **Задание:** Интерпретируйте данные ирригографии (понятие о «зоне перехода») и определите объем необходимой биопсии по Свенсону.

Задача 12 (Химический ожог пищевода)
Ребенок выпил раствор щелочи. Жалобы на боли за грудиной, слюнотечение.

- **Задание:** Опишите сроки проведения первичной эзофагогастроскопии и составьте график профилактического бужирования для предотвращения стеноза.

Задача 13 (Атрезия ануса)
Новорожденный, анус отсутствует, меконий выделяется каплями из уретры при мочеиспускании.

- **Задание:** Определите форму атрезии (свищевая) и составьте этапный план хирургического лечения (стома -> радикальная операция).

Задача 14 (Краниосиностоз)
Ребенок 5 месяцев, голова вытянута в передне-заднем направлении («ладьевидный череп»), сагиттальный шов пальпируется в виде гребня.

- **Задание:** Поставьте диагноз (скафоцефалия) и обоснуйте необходимость ранней краниопластики для предотвращения умственной отсталости.

Задача 15 (Диафрагмальная грыжа)
Новорожденный в родзале: цианоз, живот запавший, дыхание слева не выслушивается, сердце смещено вправо.

- **Задание:** Опишите тактику реанимации (почему нельзя использовать маску Амбу?) и определите показания к экстренной интубации.

Задача 16 (Атрезия пищевода)
Новорожденный, обильные пенистые выделения изо рта. Зонд в желудок не проходит.

- **Задание:** Интерпретируйте «пробу Элефанта» и предложите оптимальное положение ребенка при транспортировке в хирургический стационар.

Задача 17 (Некротическая флегмона новорожденных)
На пояснице у младенца багровое пятно, кожа над ним неподвижна, Т=38,5°С. Флюктуации нет.

- **Задание:** Обоснуйте тактику немедленных разрезов-насечек (почему нельзя ждать гноя?) и выберите тактику местного лечения.

Задача 18 (Ущемленная грыжа)
Мальчик 2-х лет, в паху плотное болезненное образование, рвота. Грыжа не вправляется 2 часа.

- **Задание:** Опишите тактику консервативного вправления (теплая ванна, премедикация) и укажите временной лимит ожидания перед операцией.

Задача 19 (Сколиоз)
Девочка 12 лет, асимметрия лопаток, угол Кобба на рентгенограмме 25 градусов.

- **Задание:** Определите степень сколиоза и выберите метод коррекции (роль корсета Шено и ЛФК).

Задача 20 (Полип прямой кишки)
Мать заметила каплю алой крови в конце дефекации у ребенка 4-х лет.

- **Задание:** Проведите дифференциальный диагноз с трещиной ануса и предложите метод удаления полипа (ректороманоскопия, петлевая электроэксцизия).

3. Задачи/задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ.

1. Атрезия пищевода: Новорожденный при первом кормлении поперхнулся, развился цианоз, изо рта обильно выделяется пенистая слизь. Задание: Опишите технику постановки зонда для подтверждения диагноза и тактику предоперационной подготовки.
2. Гастрошизис: Ребенок родился с дефектом передней брюшной стенки, петли кишечника находятся снаружи, гиперемированы, покрыты фибрином. Задание: Владеть алгоритмом первой помощи в родзале и методом защиты эвентрированных органов.
3. Врожденная диафрагмальная грыжа: Сразу после рождения у ребенка тяжелая дыхательная недостаточность, ладьевидный живот, тоны сердца смещены вправо. Задание: Опишите алгоритм респираторной поддержки (почему нельзя масочную вентиляцию?) и положение ребенка.
4. Атрезия ануса: У новорожденного за 24 часа не отходил меконий, анус отсутствует. Задание: Владеть методикой пробы по Вангенстину (инвертография) для определения высоты атрезии.
5. Пилоростеноз: Ребенку 3 недели, рвота «фонтаном» без примеси желчи, дефицит массы тела. Задание: Продемонстрируйте технику пальпации пилорического оливы и интерпретацию данных УЗИ.
6. Острый аппендицит: У ребенка 5 лет боли в животе, перешедшие в правую подвздошную область, симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен. Задание: Владеть методикой пальпации живота у детей (в т.ч. во сне) и ректального исследования.
7. Инвагинация кишечника: Ребенок 7 месяцев, приступообразное беспокойство, стул в виде «малинового желе». Задание: Опишите методику консервативного расправления инвагината воздухом (проба по Рикхтерсу).
8. Перитонит: У ребенка с аппендицитом высокая температура, живот доскообразный,

выражена интоксикация. Задание: Владеть алгоритмом предоперационной инфузионной подготовки и выбора оперативного доступа.

9. Болезнь Гиршпрунга: Жалобы на хронические запоры с рождения, «лягушачий» живот. Задание: Владеть алгоритмом постановки сифонной клизмы и техникой забора материала для ректальной биопсии.
10. Ущемленная паховая грыжа: В паховой области болезненное выпячивание, не вправляется в брюшную полость. Задание: Опишите тактику при давности ущемления до 12 часов и свыше 12 часов у мальчиков.
11. Острый гематогенный остеомиелит: У ребенка 10 лет боли в бедре, высокая лихорадка, конечность в вынужденном положении. Задание: Опишите технику остеоперфорации и алгоритм местного лечения.
12. Некротическая флегмона новорожденных: На спине ребенка участок гиперемии, плотный на ощупь, быстро распространяется. Задание: Владеть методикой нанесения насечек в шахматном порядке и принципами антибактериальной терапии.
13. Острый парапроктит: Ребенок 1 года, гиперемия и инфильтрация в области ануса. Задание: Владеть алгоритмом вскрытия гнойника и последующего ухода за раной.
14. Деструктивная пневмония: На фоне пневмонии развился напряженный пиопневмоторакс. Задание: Владеть техникой пункции и дренирования плевральной полости по Бюлау.
15. Синдром отечной мошонки: Внезапная боль в мошонке, гиперемия, отек. Задание: Дифференциальная диагностика перекрута яичка и гидатиды; владеть техникой «наружного вправления» перекрута.
16. Фимоз и парафимоз: Головка полового члена ущемлена узким кольцом крайней плоти, выражен отек. Задание: Владеть методикой ручного вправления парафимоза.
17. Гипоспадия: Мочеиспускание по «женскому типу», искривление полового члена. Задание: Владеть классификацией по локализации меатуса и определить сроки оперативного лечения.
18. Травма селезенки: После падения — боли в животе, признаки внутреннего кровотечения. Задание: Владеть алгоритмом FAST-протокола (УЗИ) и тактикой органосохраняющего лечения.
19. Перелом «зеленой ветки»: У ребенка после падения деформация предплечья. Задание: Опишите особенности фиксации поднадкостничных переломов у детей.
20. Химический ожог пищевода: Ребенок выпил каустическую соду. Задание: Владеть алгоритмом первой помощи (промывание) и тактикой раннего бужирования.

Пример построения билета промежуточной аттестации (экзамен):

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ № ___

1. Вопрос (Вопросы) для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

2. Задачи/задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

3. Задачи /задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе

учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) - совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей. ;

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время-до 2мин):
а) перекличка;
б) задание на дом следующей темы;
в) мотивация темы данного практического занятия;
г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20мин):
а) варианты тестового контроля I и III уровня;
б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время-до 15мин); .
4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время-до 45мин);
5) Заключительный этап занятия (время - до 18мин):
а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

Отработки пропущенных занятий. Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры университета (ответственных за образовательную программу) и отражается в журнале преподавателя в баллах. Студент/магистрант, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка семинарских занятий.

- Каждое занятие, пропущенное без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся в период дежурства преподавателя, по расписанию, согласованному с деканатом. Расписание дежурства преподавателей вывешивается на соответствующей кафедре/ином подразделении университета (ответственным за образовательную программу) и размещается в электронном виде в разделе «образовательная деятельность» на сайте кафедры/иных подразделений университета (ответственных за образовательную программу).
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные без уважительной

причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения администрации) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Для студентов/магистрантов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой/иными подразделениями университета (ответственными за образовательную программу).
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой/ иными подразделениями университета (ответственными за образовательную программу) могут освобождать студентов/магистрантов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К МОЗГОВОМУ ШТУРМУ

«Мозговой штурм» («мозговая атака») представляет собой разновидность групповой дискуссии, которая характеризуется отсутствием критики поисковых усилий, сбором всех вариантов решений, гипотез и предложений, рожденных в процессе осмысления какой- либо проблемы, их последующим анализом с точки зрения перспективы дальнейшего использования или реализации на практике. «Мозговой штурм» включает три этапа: подготовительный, этап генерирования идей, этап анализа и оценки идей.

Процедура проведения занятий по методу «мозгового штурма» состоит из следующих этапов:

1. Формулирование проблемы, которую необходимо решить, обоснование задачи для поиска решения. Определение условий групповой работы, знакомство с правилами поведения в процессе «мозгового штурма». Формирование рабочих групп по 5-7 человек и отдельно экспертной группы «критиков», в обязанности которой на следующем этапе будут входить разработка критериев, оценка и отбор лучших из выдвинутых идей.
2. Разминочная сессия, т.е. упражнения на быстрый поиск ответов на вопросы. Задача этого этапа – помочь участникам максимально освободиться от воздействия психологических барьеров (неловкости, стеснительности, замкнутости, скованности и пр.).
3. Рабочая сессия, т.е. сам «штурм» поставленной проблемы. Еще раз уточняются задачи, напоминаются правила поведения в ходе работы. Генерирование идей начинается по сигналу руководителя во всех рабочих группах. К каждой группе прикрепляется один эксперт, в задачу которого входит фиксирование на доске или большом листе бумаге все выдвигаемые идеи.
4. Экспертиза – оценка собранных идей и отбор лучших из них в группе «критиков» на основе разработанных ими критериев. Рабочие группы в это время отдыхают.
5. Подведение итогов - общее обсуждение результатов работы групп, представление лучших идей, их обоснование и публичная защита. Принятие общего группового решения, его фиксация.

Любой участник на каждом этапе «мозговой атаки» имеет возможность для высказывания в строго лимитированное время, обычно в пределах от одной до трех минут.

Ведущий «мозговую атаку» не имеет права комментировать или оценивать высказывания участников. Но может прервать участника, если он высказывается не по теме или исчерпал лимит времени, а также в целях уточнения сути высказанных предложений.

Мозговой штурм может также проводиться без деления на рабочие группы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К СЕМИНАРСКОМУ ЗАНЯТИЮ ПО ПРОБЛЕМНОЙ ТЕМАТИКЕ

Этапы проведения

1. Постановка и осмысление проблемы. Преподаватель либо кто-то из студентов/магистрантов предлагает свое видение определенной проблемы. Затем в ходе дискуссии (не более 5 минут) студенты/магистранты предлагают свое понимание проблемной ситуации, определяются «правила игры», оговаривается то, что необходимо получить в конце занятия.
2. Генерирование вариантов решения проблемы. Студенты/магистранты предлагают свои способы решения существующей проблемы, при этом высказываемые идеи озвучиваются без доказательств. Принимаются к рассмотрению все идеи: и реальные, и фантастические, и смешные, и трудновыполнимые.

Их фиксация производится либо преподавателем, либо одним из студентов. Каждому из выступающих отводится не более 30 секунд. Максимальный предел идей – половина от числа обучаемых.

3. Поиск аргументов в поддержку предложенных решений. В ходе этого этапа группа делится на подгруппы (3-5 человек). Происходит жеребьевка ранее выдвинутых вариантов. Далее команды должны за 7-10 минут предоставить как можно больше предложений по аргументации доставшейся идеи. Следует отметить, что студенты/магистранты должны будут работать даже с теми вариантами, которые им не нравятся, но достались в ходе жеребьевки.

4. Отбор наиболее аргументированных вариантов решений. Для отстаивания своей идеи от каждой подгруппы делегируется по 1 представителю, который должен представить работу подгруппы перед аудиторией за 1-2 минуты. По итогам выступлений отбирается половина наиболее удачных идей, над которыми и продолжат работу студенты/магистранты.

5. Критика отобранных решений. Студенческая группа вновь разбивается на подгруппы (35 человек), среди которых вновь происходит жеребьевка оставшихся идей (вариантов). Задача подгрупп на этот раз также за 7-10 минут высказать наибольшее количество критических замечаний в адрес доставшейся идеи, обнаружить ее слабые стороны. Чем больше недостатков, слабостей, неясностей обнаружит подгруппа в варианте решения проблемы, тем лучше удастся найти решения на более поздних стадиях.

6. Отбор решений, наиболее устойчивых к критике. Этот этап аналогичен четвертому. В результате останется только половина идей, критика которой будет наиболее убедительной.

7. Продумывание способов реализации отобранных решений. Вновь происходит укрупнение подгрупп, а также осуществляется жеребьевка оставшихся способов решения проблемы, поставленной в начале занятия. Задача каждой из подгрупп – разработка конкретных способов реализации оставшихся предложений, т. е. собственно решения проблемы.

8. Обсуждение этих способов. В ходе третьего тура обсуждения допускаются как позитивные, так и негативные выступления. Целесообразно, чтобы в итоге оказалось несколько победителей. Следовательно, основная задача данного этапа – показать студентам/магистрантам, что существуют разные способы решения проблемы, которые дадут искомый результат.

9. Подведение итогов. Здесь преподаватель подводит итог проделанной работы. Он может отметить способы решения проблемы, которые оказались вне поля зрения студентов/магистрантов, может предложить план конкретных действий, а также попросить студентов/магистрантов произвести самоанализ прошедшего занятия и своей работы в нем.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции - 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией - 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту - 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию - 2 час.

Всего в неделю - 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче,' какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролям.
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их- смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. Отработки пропущенных занятий.
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).
Отработка практических занятий.
- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски о разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ
Мультимедийные презентации -это вид, самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка— читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку—пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации;

- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

- Заключение - это ясное, четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласования с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.
Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.
План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
Список литературы должен быть составлен в полном соответствие с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный

выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __ . №__ . Страницы от __ до ___ .
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от _____ до ___ .

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие: Мальчик 10 лет поступил с жалобами на боли в животе, которые начались 6 часов назад в эпигастрии, а затем переместились в правую подвздошную область. Была однократная рвота, температура 37,4°С. При осмотре: язык обложен белым налетом, суховатый. Живот напряжен и болезнен в правой подвздошной области.

Вопросы:
1. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область?
2. Опишите технику проверки симптома Щеткина-Блюмберга.
3. Какой специфический симптом связан с усилением боли при надавливании на левую половину живота (передача давления газа)?
4. Какова наиболее частая локализация червеобразного отростка у детей?
5. Какие изменения в общем анализе крови (лейкоцитарная формула) подтвердят диагноз?

Эталон ответа.
1. Симптом Кохера (или симптом Кохера–Волковича). Это патогномоничный признак острого аппендицита, отражающий стадию висцеральных болей.
2. Техника проверки симптома Щеткина–Блюмберга: врач плавно и глубоко надавливает пальцами на переднюю брюшную стенку, задерживает руку на несколько секунд, а затем резко отрывает её. Симптом считается положительным, если боль в момент отрыва руки значительно сильнее, чем при надавливании.
3. Симптом Ровзинга. При надавливании левой рукой на левую подвздошную область (прижимая сигмовидную кишку) правой рукой производят толчкообразные движения выше. Боль возникает справа из-за перемещения газов и раздражения воспаленного отростка.
4. Тазовая (нижняя) или типичная (в правой подвздошной ямке). Однако стоит помнить, что у детей аппендикс чаще обладает большой подвижностью из-за длинной брыжейки.
5. Лейкоцитоз (увеличение количества лейкоцитов выше 10–12х10⁹/л) и нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево (увеличение молодых форм нейтрофилов).

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курацию больного необходимо проводить по схеме:
1.Каждый студент получает для курации одного больного, причем для этого подбираются в первую очередь больные с хирургическими заболеваниями.
2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, предлагает схему лечения. Схема курации:
1. Паспортная часть.
Фамилия, имя, отчество .....возраст..... национальность.....
семейное положение..... образование.....профессия..... место работы.....домашний адрес..... время поступления .....диагноз при поступлении .....
2. Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы;
3. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины, с которыми больной связывает свое заболевание, причины госпитализации.
4. Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в прошлом. Семейный анамнез. У девочек - гинекологический анамнез.
5. Объективные данные. Конституция. Характеристика общего состояния пациента.
6. Анализ снимков и лабораторных исследований.
7. Участие в перевязочных процедурах.

В процессе курации больного, студент должен овладеть следующими практическими навыками:
1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.

2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.
3. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С.,ЧД,АД,идр.)
4. Оценить данные клинических анализов:
- крови (общий анализ, гемосиндром - время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов; на сахар; содержание в сыворотке крови - билирубина, АЛТ, АСТ; концентрация электролитов и щелочной фосфатазы; содержание белка и белковых фракции; содержание мочевой кислоты и креатинина; анализ крови на АСЛ-О, серомукоид, СРБ; показатели кислотно-щелочного состояния);
- мочи (общий анализ, по Нечипоренко и Каковскому-Аддису, на стерильность - бактериурию, уролейкоцитограмму; клиренс креатинина - проба Реберга)
5. Оценить гликемический профиль;
6. Оценить глюкозурический профиль;
7. Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест;
8. Оценить анализ копрологического исследования;
9. Рассчитать инсулин при впервые выявленном диабете;
Ю.Оценить спинномозговую жидкость;
11 .Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием;
12 .Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.
13 .Оценить бронхограмму грудной клетки;
14 .Оценить урограмму;
15 .Оценить цистограмму;
16 .Оценить ирригограмму;
17 .Оценить контрастные исследования ЖКТ;
18 .Оценить результаты фиброгастроскопии;
19 .Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;
20 .Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;
21 .Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики следующих хирургических заболеваний у детей:
- периода новорожденное™;
- гнойно-септических хирургических заболеваний у детей ;
- хирургических заболеваний органов грудной клетки у детей;
- хирургических неотложных заболеваний органов брюшной полости у детей;
- урологических заболеваний детского возраста;
- травматологических и ортопедических заболеваний у детей;
- проктологических патологий у детей;
- нейрохирургических заболеваний у детей;
22 .Оказывать неотложную помощь при следующих состояниях:
- гипертермический синдром;
- бронхообструктивный синдром;
- судорожный синдром;
- синдром крупа;
- инфекционно-токсический шок;
- потери сознания;
- кровотечениях;
- инородных телах пищевода, дыхательных путей у детей;
- переломах и повреждениях у детей;
- синдром дегидратации;
- острых аллергических реакциях.
23 .Проводить профилактическое выявления хирургических заболеваний периода новорожденное™ и раннего детства.
24 .Проводить диспансеризацию детей после остеомиелита.
25 .Помочь семье организовать здоровый образ жизни и создать условия для гармоничного физического и психического развития детей.
26 .Способствовать сохранению естественного вскармливания.
27 .Научить мать уходу за новорожденным. >
28 .Организовать необходимые консультации и осмотры специалистов, а также «стационар на дому».
30 .Обеспечить своевременную госпитализацию больных детей с подозрением на острую хирургическую патологию, нуждающихся в стационарном лечении.
31 .Знать принципы и сроки хирургического лечения детей с хирургическими врождёнными патологиями.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Историю болезни хирургического больного необходимо писать по схеме:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведённой схеме:
I. общие сведения о больном:
II. жалобы: ,
III. анамнез болезни (anamnesis morbi). IV. анамнез жизни (anamnesis vitae).
V. объективное исследование:
VI. лабораторные, дополнительные методы исследования
VII. клинический диагноз
VIII. обоснование клинического диагноза
IX. дифференциальный диагноз
X. этиология, патогенез
XI. лечение
XII. предоперационный эпикриз
XIII. протол операции (схема):
XIV.дневник
XV. эпикриз
XVI. прогноз
XVII. исход заболевания
XVIII. использованная литература.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ
(текущий, рубежный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации снимков ультразвукового исследования	0-20

Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам мочи.	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
Всего баллов		**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния раны	0-20
3	Обработка раны	0-25
4	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	0-25
5	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	0-15
Всего баллов		**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
Всего баллов		**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ
(рубежный, промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		**Среднее арифм. (сумма баллов/4)**

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15

ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА
(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	

4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответсвующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
1	Работа написана не по теме	менее 40

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2.	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст время)	0-7
3.	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4.	АНАМНЕЗ ЖИЗНИ	0-7
5.	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
6.	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7.	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	0-10
8.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9.	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10.	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
11.	ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ	0-7
12.	ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме	0-7
13.	ДНЕВНИК	0-7
14.	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
Всего баллов		**сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ
(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с

онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

Пример 1.

Шкала оценивания ситуационной задачи

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Оригинальность и убедительность	0-15
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-25
3	Обоснованное привлечение количественных показателей и нормативныхправовых актов/методических и иных материалов (уместность и достоверность сведений)	0-40
4	Ключевые термины (их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество)	0-10
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
6	Выполнение практических действий, необходимых для решения задачи (при необходимости)	0-20
Всего баллов		**Сумма баллов**

2.

Всего баллов	**Сумма баллов**

ПРЕЗЕНТАЦИЯ		10
1	Титульный лист с заголовком	2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики при необходимости)	3
3	Текст презентации написан коротко, представлены ключевые идеи каждой главы и каждого параграфа.	5
№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
	На слайдах присутствуют промежуточные (параграфы, главы) и итоговые выводы работы	5
4	Слайды представлены в логической последовательности	5
ДОКЛАД		10
1	Правильность и точность речи во время защиты	4
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	4
3	Выполнение регламента	2
Всего баллов		**Сумма баллов**

6. Шаблон оценивания промежуточного контроля

Пример:

Критерии оценивания промежуточного контроля по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности» (max – 30 баллов)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.

2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.

3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, наличие выводов и обобщений, аргументированные ответы.

4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение

отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

16-20 баллов – оценивается ответ, который показывает прочные знания по основным природным и техногенным опасностям; студент профессионально рассуждает о характере воздействия вредных и опасных факторов на человека и природную среду, методах и способах защиты от них; демонстрирует глубокие знания теоретических основ безопасности жизнедеятельности при ЧС, правовых, нормативно-технических и организационных основ безопасности жизнедеятельности. Отлично разбирается в анатомо-физиологических последствиях воздействия на человека травмирующих, вредных и поражающих факторов и знает приемы оказания первой помощи.

10-15 баллов – оценивается ответ, который показывает хорошие знания по основным природным и техногенным опасностям; студент не допускает незначительные ошибки при характеристике воздействия вредных и опасных факторов на человека и природную среду, методах и способах защиты от них; затрудняется в различении главных и дополнительных факторов техногенных и природных опасностей; знает теоретические основы безопасности жизнедеятельности при ЧС, правовые, нормативно-технические и организационные основы безопасности жизнедеятельности. Хорошо разбирается в анатомо-физиологических последствиях воздействия на человека травмирующих, вредных и поражающих факторов и знает приемы оказания первой помощи.

5-10 баллов оценивается ответ, который показывает, что студент может назвать основные природные и техногенные опасности, но при этом плохо разбирается в характере воздействия вредных и опасных факторов на человека и природную среду, методах и способах защиты от них; владеет ограниченными знаниями по теоретическим основам безопасности жизнедеятельности при ЧС, затрудняется перечислить правовые, нормативно-технические и организационные основы безопасности жизнедеятельности. Знает отдельные приемы оказания первой помощи.

1-4 баллов оценивается ответ, который показывает очень слабые знания по основным природным и техногенным опасностям, студент не разбирается в характере воздействия вредных и опасных факторов на человека и природную среду, методах и способах защиты от них; не знает теоретических основы безопасности жизнедеятельности при ЧС, очень слабо знает правовые, нормативно-технические и организационные основы безопасности жизнедеятельности.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии (ситуационные задачи и задания):

8-10 баллов оценивается ответ, при котором студент формулирует проблемы в ситуационном задании собственными словами; оценивает возможность альтернативных решений проблемы; профессионально идентифицирует основные опасности среды обитания человека, оценивает риск их реализации; быстро принимает решения по целесообразным действиям в ЧС, распознает жизненные нарушения при неотложных состояниях и травмах; умеет оказывать первую помощь пострадавшим.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Все задачи и задания выполнены.

4-7 баллов оценивается ответ, при котором студент формулирует проблемы в ситуационном задании собственными словами; но не приводит альтернативные решения проблемы; умеет идентифицировать основные опасности среды обитания человека, но не оценивает риск их реализации; распознает жизненные нарушения при неотложных состояниях и травмах и достаточно хорошо умеет оказывать первую помощь пострадавшим.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.

1-3 балла оценивается ответ, при котором студент формулирует проблемы в ситуационном задании собственными словами; слабо идентифицирует основные опасности среды обитания человека, и не оценивает риск их реализации; плохо распознает жизненные нарушения при неотложных состояниях и травмах и не умеет оказывать первую помощь пострадавшим.

Более 50% требований, предъявляемых к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание

проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ / ПРАКТИКИ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ

В данном разделе приводится методическое рекомендации порядка выполнения типовых контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки планируемых результатов обучения по дисциплине / практике.

Цель такого описания - при ознакомлении с методическими материалами обучающийся должен получить полную ясность, как именно необходимо выполнить задания (подготовка к тестированию, написание контрольной работы, решение задач, написание и защита реферата, курсовой работы, проекта и т.д.).

Примеры методических указаний:

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

Преподавателю предоставляется право поставить оценку без опроса по билету тем студентам/магистрантам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент/магистрант должен верно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационное задание.

Студенты/магистранты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 10 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 10-30 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению и полного выполнения контрольного задания)