

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней детей и взрослых**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

«Детская хирургия»

Шифр дисциплины: Б1.Б.58

Рекомендуется для направления подготовки 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

*Уровень высшего образования **Специалитет***

*Квалификация (степень) выпускника **Врач-лечебник***

Институт клинической медицины

Форма обучения очная

Методические рекомендации составлены в соответствии с содержанием рабочей программы дисциплины «Детская хирургия»

Разработчик (и):

Барская М.А., профессор, д.м.н.;

Терехина М.И., доцент, к.м.н.;

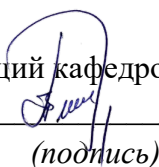
Кузьмин А.И., доцент, к.м.н.;

Завьялкин В.А., доцент, к.м.н.;

Осипов Н.Л., доцент, к.м.н.

Методические рекомендации рассмотрены и одобрены на заседании кафедры (протокол № 1, дата 30.08.2022)

Заведующий кафедрой Пушкин С.Ю.



(подпись)

« 30 » августа 2022 г.

Самара, 2022 г

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Основным принципом организации самостоятельной работы студентов при изучении учебного материала дисциплины «Детская хирургия» является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента в аудитории, при внеаудиторных контактах с преподавателем на консультации и домашней подготовке. Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется преподавателем в пределах времени, отведенного на обязательные учебные занятия и внеаудиторную самостоятельную работу студентов по дисциплине, проводится в письменной (устной) или смешанной форме. Контроль включает в себя оценку хода и получаемых промежуточных результатов с целью установления их соответствия с планируемыми. Результаты самостоятельной работы оцениваются в ходе текущего контроля, учитываются в процессе промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины «Детская хирургия» реализуются следующие формы самостоятельной работы:

1. Непосредственно в процессе аудиторных занятий - на лекциях, практических занятиях.
2. В контакте с преподавателем вне рамок аудиторных занятий – на консультациях по учебным вопросам, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных занятий.
3. В рамках самоподготовки: самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его участия.

Содержание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов определено в соответствии с видами занятий, представленными в рабочей программе дисциплины «Детская хирургия».

Самостоятельная работа студентов в зависимости от цели включает в себя:

1. *Цель - овладеть знаниями:*

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы и т.д.);
- составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписка из текста и т.д.;
- работа со справочниками и др. справочной литературой;
- ознакомление с нормативными и правовыми документами;
- использование интернет-ресурсов, изучение сайтов по темам дисциплин.

2. *Цель - закрепить и систематизировать знания:*

- работа с конспектом лекции;
- составление и заполнение таблиц для систематизации учебного материала;
- подготовка ответов на контрольные вопросы;
- заполнение рабочей тетради;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, реферирование и пр.);
- тестирование.

3. *Цель - сформировать умения:*

- решение ситуационных задач и упражнений по образцу;
- подготовка к тестированию;
- проектирование и моделирование видов и компонентов профессиональной деятельности.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Тема «Острый аппендицит у детей. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.»

Вопросы для самоподготовки.

1. Особенности строения брюшной полости в возрастном аспекте.
2. Физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей.
3. Особенности клиники острого аппендицита у детей младше 3 лет.
4. Варианты атипичного расположения червеобразного отростка.
5. Особенности клиники при различных вариантах атипичного расположения червеобразного отростка.
6. Правила физикального обследования системы пищеварения у детей.
7. Инструментально-лабораторные методы обследования при абдоминальном синдроме у детей: показания и правила проведения, оценка результатов.
8. Дифференциальная диагностика абдоминального синдрома в возрастном аспекте
9. Роль диагностической лапароскопии в дифференциальной диагностике абдоминального синдрома у детей.
10. Хирургические доступы для аппендэктомии.
11. Предоперационная подготовка, оперативное лечение и послеоперационное ведение детей с острым аппендицитом.
12. Профилактика осложнений при остром аппендиците у детей.
13. Клинические формы осложнений острого аппендицита у детей
14. Особенности клиники аппендикулярного инфильтрата у детей.
15. Особенности клинической картины периаппендикулярного абсцесса в детском возрасте.

Письменные задания.

1. Запишите в тетрадь основные анатомо-физиологические пищеварительной системы у детей.
2. Схематично изобразить варианты атипичного расположения червеобразного отростка.
3. Схематично изобразить алгоритм дифференциальной диагностики острого аппендицита у детей.
4. Запишите в тетрадь осложнения острого аппендицита и особенности клиники для каждой формы
5. Схематично изобразить алгоритм дифференциальной диагностики осложненных форм острого аппендицита у детей.
6. Распишите план предоперационной подготовки при осложненных формах острого аппендицита у детей

Задачи.

Задача 1.

Мальчик 7 лет доставлен в приёмное отделение через 18 часов от начала заболевания. Появились боли в эпигастрии, которые через 4 часа переместились в правую подвздошную

область, была 2 раза рвота съеденной пищей. При обследовании – состояние удовлетворительное, температура 37,4, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации определяется мышечное напряжение и резкая болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Задача 2.

Во время аппендэктомии обнаружено, что купол слепой кишки инфильтрирован, отросток замурован спайками, выведение его в рану затруднительно, но основание отростка свободно от сращений.

Как лучше технически выполнить аппендэктомию?

Задача 3.

У ребёнка 5 лет отмечается высокая температура, боли в правой подвздошной области. Имеется синдром сгибательной контрактуры в правом тазобедренном суставе.

Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 4.

Трёхлетняя девочка, доставленная в приёмное отделение, с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, кричит, не даёт осмотреть брюшную стенку.

Ваши действия.

Задача 5.

У ребёнка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя).

Можно ли оперировать?

Тема «Перитониты у детей. Патогенез, клиника, принципы лечения.»

Вопросы для самоподготовки.

1. Особенности строения висцеральной и париетальной брюшины в возрастном аспекте.
2. Физиологические особенности большого сальника у детей.
3. Причины перитонита у детей.
4. Клиническая картина перитонита в детском возрасте.
5. Особенности клиники перитонита в зависимости от причины возникновения у детей.
6. Первичный криптогенный перитонит у детей, этиология, патогенез.
7. Инструментально-лабораторные методы обследования при перитоните у детей: показания и правила проведения, оценка результатов.
8. Дифференциальная диагностика абдоминального синдрома в возрастном аспекте.
9. Роль и значение предоперационной подготовки при перитоните в детском возрасте.

10. Послеоперационное лечение перитонита у детей, роль антибактериальной, патогенетической терапии. Значение экстракорпоральных методов в лечении перитонита в детском возрасте.
11. Значение диспансеризации в профилактике отдаленных осложнений у детей, перенесших перитонит

Письменные задания.

1. Запишите в тетрадь основные анатомо-физиологические особенности брюшины и ее карманов у детей.
2. Запишите классификации перитонитов.
3. Расписать план предоперационной подготовки при перитоните у детей
4. Распишите план послеоперационного ведения ребенка с перитонитом

Задачи.

Задача 1.

Ребёнок 6 лет поступил на третий день болезни с выраженными болями в животе (во всех отделах), которые первоначально локализовались в правой подвздошной области, многократной рвотой застойным содержимым. Состояние тяжелое, температура 39, бледность кожных покровов, выраженная тахикардия. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, определяется разлитая болезненность, выраженное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача 2.

Ребёнок 8 лет поступил на 3-й день болезни с выраженными болями по всему животу, многократной рвотой. Состояние тяжелое, температура 39, бледность, тахикардия. Живот не участвует в акте дыхания. Определяется разлитая болезненность, выраженное мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины. Лейкоцитоз 20000 со сдвигом влево. Из анамнеза установлено, что боли начались в эпигастральной области и затем 2 дня отмечались в правой половине живота.

Ваш диагноз? Лечебные мероприятия?

Задача 3.

У ребёнка на 5 сутки после аппендэктомии отмечаются подъёмы температуры до 38 по вечерам, появились неясные боли при дефекации. Живот не вздут, при пальпации мягкий, слегка болезненный над лобком, мышечное напряжение отсутствует, симптомов раздражения брюшины нет.

Какое дополнительное обследование необходимо провести ребёнку? Предположительный диагноз?

Задача 4.

Девочке 11 лет была сделана аппендэктомия. На 5 сутки появились резкие боли в животе, рвота, повысилась температура до 38. Язык сухой, обложен, тахикардия. Живот

напряжённый и болезненный в нижних отделах, больше справа. Положительные симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы.

Какое может быть осложнение? Лечение.

Задача 5.

Два дня назад у 6-летней девочки заболел живот. Через 2 часа температура повысилась до 39, присоединилась головная боль, понос со зловонным запахом. Мать дала таблетку энтерофурила и смекту. Отмечено небольшое улучшение, затем боли вновь усилились, на губах появился герпес, мать заметила выделения из влагалища. При пальпации отмечалась небольшая болезненность в правой подвздошной области и над лобком.

Предположительный диагноз? Тактика врача?

Тема «Врожденная кишечная непроходимость у детей.»

Вопросы для самоподготовки

1. Эмбриогенез формирования пищеварительной системы
2. Патогенез формирования пороков мальротации
3. Классификация врожденной кишечной непроходимости
4. Клиника высокой врожденной кишечной непроходимости в зависимости от ее формы.
5. Клиника низкой врожденной кишечной непроходимости в зависимости от ее формы.
6. Значение УЗИ исследования в пренатальном периоде для своевременного обнаружения врожденной кишечной непроходимости.
7. Роль и значение рентгенологических методов исследования в диагностике врожденной кишечной непроходимости.
8. Методы оперативных вмешательств при различных формах врожденной кишечной непроходимости

Письменные задания

1. Зарисуйте схематично эмбриогенез формирования пороков мальротации.
2. Перечислите под запись клинические симптомы врожденной кишечной непроходимости.
3. Опишите последовательность диагностических мероприятий при врожденной кишечной непроходимости.

Задачи.

Задача 1.

При проведении УЗИ беременной на 20-й неделе в брюшной полости плода обнаружен т.н. «двойной пузырь» - патогномоничный симптом дуоденальной непроходимости.

Сохранять ли беременность?

Задача 2.

У новорожденного в 1-е сутки жизни после кормления появилось вздутие эпигастральной области, которое уменьшилось после обильной повторной рвоты. Рвотные массы без примеси желчи, их объем превышает объем одного кормления. Количество и цвет мекония обычные. К концу 1-х суток жизни отмечена потеря массы тела на 180 г, ребенок стал вялым. При осмотре: кожный покров бледный, суховат, рефлексы новорожденных сохранены, мышечный тонус несколько снижен, живот подвздут в эпигастрии, в нижних отделах – запавший, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Поставьте диагноз. Назначьте обследование. Тактика врача-неонатолога.

Задача 3.

Во время операции по поводу кишечной непроходимости у новорожденного хирург при ревизии органов брюшной полости не обнаружил видимых препятствий или прерывания кишечной трубки, все петли располагались правильно, двенадцатиперстная кишка состоит из расширенной оральной и спавшейся каудальной частей.

Диагноз? Тактика хирурга?

Задача 4.

Следует ли сохранять беременность при диагностике у плода врожденной низкой кишечной непроходимости?

Тема «Приобретенная кишечная непроходимость у детей.»

Вопросы для самоподготовки.

1. Анатомо - физиологические особенности строения илеоцекального угла в возрастном аспекте.
2. Особенности клиники инвагинации в детском возрасте.
3. Инструментально-лабораторные методы обследования при инвагинации у детей.
4. Ирригография у детей с инвагинацией, правила проведения, противопоказания, оценка результатов.
5. Дифференциальная диагностика инвагинации.
6. Техника консервативной дезинвагинации, показания и противопоказания к ней.
7. Особенности клиники и диагностики тонко-тонкокишечной инвагинации в детском возрасте.
8. Показания оперативному вмешательству при инвагинации у детей.
9. Техники оперативного вмешательства при инвагинации в детском возрасте, роль лапароскопии в хирургическом вмешательстве. Показания и техника резекции кишечника у детей.
10. Определение спаечной кишечной непроходимости у детей.
11. Причины возникновения спаечной болезни брюшной полости.
12. Виды спаечной кишечной непроходимости.
13. Клиническая картина спаечной кишечной непроходимости.
14. Инструментально-лабораторные методы обследования при спаечной кишечной непроходимости у детей: показания и, оценка результатов.

15. Значение рентгенологического исследования при спаечной кишечной непроходимости у детей, правила проведения.
16. Дифференциальная диагностика спаечной кишечной непроходимости,
17. Профилактика спаечной болезни брюшной полости интраоперационном и послеоперационном периодах

Письменные задания.

1. Запишите классификацию приобретенной кишечной непроходимости.
2. Запишите в тетрадь основные анатомо-физиологические особенности строения илеоцекального угла у детей.
3. Запишите способствующие и производящие факторы инвагинации в детском возрасте
4. Напишите показания к операции дезинвагинации у детей.
5. Напишите алгоритмы ведения детей при ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости
6. Напишите показания к резекции кишечника у детей
7. Напишите методы профилактики спаечной болезни брюшной полости и спаечной кишечной непроходимости.

Задачи.

Задача 1.

В приёмный покой хирургического отделения доставлен ребёнок, у которого наблюдался стул с примесью крови. Заподозрена инвагинация кишечника. В результате обследования диагноз подтверждён и произведено консервативное расправление инвагината.

Дальнейшая тактика врача приёмного отделения?

Задача 2.

У ребёнка 5 месяцев внезапно появилось беспокойство, плачет, сучит ножками. Была однократная рвота. Подобное состояние продолжалось 10-15 минут, затем ребёнок успокоился и заснул. Через некоторое время вновь повторился подобный приступ. Живот умеренно вздут, мягкий во всех отделах, в правой половине живота пальпируется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, был скудный стул с примесью крови. При пальцевом ректальном исследовании на пальце также кровь.

Диагноз?

Задача 3.

Ребёнок 3 лет, ранее был оперирован по поводу перитонита аппендикулярной этиологии. Внезапно начались боли животе, частая рвота, вначале желудочным содержимым, затем с примесью желчи, задержка отхождения газов, отсутствие стула. Поступил в приёмный покой детского отделения через 10 часов с момента заболевания.

Диагноз? Лечебная тактика хирурга?

Задача 4.

В детское хирургическое отделение поступил мальчик 6 месяцев. Жалобы на беспокойство, рвоту. Из анамнеза выявлено: закричал 6 часов тому назад, казалось бы, среди полного здоровья. Мать перед этим кормила мальчика яблочным пюре. Кричал и сучил ножками по 2-3 минуты при этом бледнея, покрывался потом. Все явления повторились через 15-20 минут. При пальпации живота обнаружено продолговатое образование в правом подреберье.

Предположительный диагноз? Какие нужны методы обследования?

Задача 5.

В экстренное дежурство поступила девочка 4 месяцев. Заболела 8 часов назад, стала капризной, беспокойной, периодически покрывалась липким потом. В приёмном покое сделана контрастная ирригография, обнаружен обрыв контраста в форме кокарды. Установлен диагноз: инвагинация кишечника.

Какой метод лечения нужно применить?

Тема «Наружные и внутренние грыжи у детей. Клиника, диагностика, лечение.»

Вопросы для самоподготовки

1. Особенности строения пахового канала возрастном аспекте.
2. С чем связано возникновение паховых грыж: у детей раннего возраста, у детей старшего возраста? Назовите формы паховых грыж.
3. Назовите основные клинические признаки паховой грыжи.
4. Особенности клиники клинической картины ущемленной паховой грыжи у детей.
5. Показания к консервативному лечению при паховых грыжах в детском возрасте.
6. Особенности оперативной техники при ущемленной грыжи у детей
7. Анатомические предпосылки для возникновения пупочной грыжи
8. Врачебная тактика – значение укрепления брюшной стенки (массаж, ЛФК) при пупочных грыжах у детей
9. Показания к оперативному лечению и хирургические методики при пупочных грыжах у детей
10. Опишите с четким соблюдением необходимой последовательности методику исследования больных для выявления наружных грыж.
11. Анатомия и эмбриогенез диафрагмы
12. Эмбриогенез диафрагмальных грыж
13. Анатомическая классификация врожденных диафрагмальных грыж у детей
14. Клиника, диагностика, тактика при врожденных диафрагмальных грыжах.

Письменные задания

1. Зарисуйте в тетради основные анатомо-физиологические особенности строения пахового канала в детском возрасте
2. Распишите алгоритм врачебной тактики при ущемленной паховой грыже в детском возрасте
3. Запишите комплекс ЛФК при пупочных грыжах у детей.
4. Запишите сроки плановых оперативных вмешательств при грыжах у детей.

5. Нарисуйте в тетради строение диафрагмы и схематично отметьте ее «слабые места»

Задачи.

Задача 1.

У новорождённого через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания- одышка, цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстаёт в акте дыхания, перкуторно справа- обычный лёгочный звук, слева- укорочение лёгочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удаётся выслушать «булькающие» шумы. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки средостение смещено вправо, слева до 2 ребра определяются разнокалиберные воздушные полости.

Предположительный диагноз? Диагностика и лечебная тактика?

Задача 2.

Девочка 4 лет активная, спокойная. Имеет хороший аппетит. Физически и психически развита хорошо. Жалоб нет. Подвижна. В области пупка имеется выпячивание свыше 3 см мягко- эластичной консистенции, легко вправимо в брюшную полость, легко прощупываются края пупочного кольца. При напряжении живота выпячивание увеличивается в размере.

Ваш диагноз? Лечение.

Задача 3.

Ребёнок одного года болеет воспалением лёгких. С рождения у него отмечается наличие пахово- мошоночной грыжи слева, ущемлений не было. Два часа назад произошло ущемление грыжи.

Какова хирургическая тактика?

Задача 4.

Мальчик, 1 год, доставлен в хирургическое отделение с диагнозом ОРВИ, боли в животе. Болен 9 часов. Была рвота пищей. Правая половина мошонки увеличена, складки расправлены, плотно- эластичной консистенции, с гладкой поверхностью. Перкуторно определяется тимпанит. Кожные покровы мошонки не изменены. Пальпация болезненна. Правое и левое яички хорошо контурируются в мошонке. Температура 38, ребёнок капризничает. Стула не было.

Ваш диагноз? Тактика. Лечение.

Задача 5.

У девочки 2 лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области. По словам матери, эта припухлость появилась сутки назад. Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят.

Ваш диагноз? Тактика врача?

Тема «Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства».

Вопросы для самоподготовки

1. Определение закрытой травмы живота
2. Причины детского травматизма
3. Классификация закрытой травмы живота.
4. Клиническая картина закрытой травмы живота с внутрибрюшным кровотечением
5. Инструментально-лабораторные методы обследования при закрытой травме живота у детей: показания и, оценка результатов.
7. Значение ультразвукового исследования при закрытой травме живота у детей, правила проведения.
8. Лечебно-диагностический алгоритм при закрытой травме живота у детей
9. Роль лапароскопии и лапароцентеза в диагностике внутрибрюшного кровотечения при закрытой травме живота.
10. Принципы органосохраняющих операций при повреждениях паренхиматозных органов.
11. Возможности консервативной терапии при повреждении селезенки у детей.
12. Первичная хирургическая обработка при проникающих ранениях брюшной полости.

Письменные задания

1. Запишите в тетрадь причины детского травматизма и механизмы повреждения при закрытой травме живота
2. Напишите алгоритмы ведения детей с закрытой травмой живота с повреждением паренхиматозных органов
3. Напишите показания к консервативной терапии при повреждении паренхиматозных органов

Задачи.

Задача 1.

У девочки 12 лет после закрытой травмы живота диагностирована подкапсульная гематома селезенки размерами 20х15 мм.

Определите дальнейшую тактику ведения пациента.

Задача 2.

Мальчик 11 лет во время езды на велосипеде упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура - 37,6, тахикардия, А/Д - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме.

При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и симптом Щеткина-Блюмберга.

Вы - дежурный хирург стационара. Ваш диагноз, план обследования и тактика лечения.

Задача 3.

Мальчик 8 лет упал на улице, ударившись правой половиной живота о камень. Доставлен бригадой скорой помощи через 4 часа после травмы в приемное отделение. При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное лежа на правом боку, бледный, ЧСС 118 в мин, ЧД 24 в мин, АД 85 и 45 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется болезненность в правой половине, пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при надавливании на область пупка.

Предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечебная тактика.

Тема «Гнойная хирургическая инфекция у детей. Патогенез, принципы лечения. »

Вопросы для самоподготовки.

1. Перечислите основные факторы патогенеза хирургической инфекции у детей.
2. С какими факторами связана склонность к генерализации хирургической инфекции у детей?
3. Перечислите принципы лечения гнойной инфекции хирургической инфекции у детей.
4. Какие существуют виды и режимы антибактериальной терапии хирургической инфекции у детей?
5. В чем рациональность применение антибактериальных препаратов при хирургической инфекции у детей?
6. Какие способы детоксикации используют при хирургической инфекции у детей?
7. Какие иммунокорректирующие препараты используют при хирургической инфекции у детей?
8. Какие существуют способы воздействия на очаг хирургической инфекции у детей?
9. Дайте определение хирургического сепсиса у детей.
10. Перечислите критерии SIRS у детей.
11. Какие существуют принципы лечения сепсиса у детей?

Письменные задания.

1. Перечислите под запись особенности состояния иммунитета у новорожденных и детей грудного возраста (гуморального, клеточного, неспецифических факторов защиты) и их роль в генерализации хирургической инфекции у детей.
2. Перечислите под запись, какие анатомо-физиологические особенности состояния органов и тканей у детей влияют на генерализацию хирургической инфекции.
3. Отрадите схематично этапы развития патогенетического процесса при хирургической инфекции у детей.
4. Запишите основные группы антибактериальных препаратов, используемые при хирургической инфекции у детей.

5. Запишите методы, способы и препараты для дезинтоксикации при хирургической инфекции у детей.
6. Запишите необходимые мероприятия при гипертермии у детей.
7. Запишите этапы оперативного вмешательства в очаге хирургической инфекции у детей.
8. Укажите под запись направления по профилактике хирургической инфекции у детей.
9. Дайте под запись определение хирургического сепсиса у детей.
10. Запишите современную классификацию сепсиса у детей.
11. Укажите под запись маркеры сепсиса у детей.
12. Дайте под запись симптомы септического шока.
13. Укажите под запись принципы лечения сепсиса у детей.

Задачи.

Задача 1.

У больного 2-х лет, оперированного по поводу межмышечной флегмоны правого бедра отмечается ухудшение общего состояния, вялость, апатия, исчезновение аппетита, рвота, головная боль, бледность кожных покровов с серо-землистым оттенком, гектическая лихорадка, гепатоспленомегалия, олигоурия.

Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для оценки состояния больного? О каком синдроме идет речь, и какие лечебные мероприятия необходимы для купирования данного синдрома?

Задача 2.

В детское хирургическое отделение поступило двое больных одинакового возраста – 2 мес., с идентичным заболеванием: подкожным абсцессом на передней брюшной стенке. Первый ребенок от преждевременных родов с токсикозом второй половины беременности и пиелонефритом у матери, в анамнезе гнойный омфалит у больного, гипогалактия у матери, получает искусственное вскармливание. Второй родился доношенным, у матери патологии нет, вскармливание естественное достаточное.

Укажите ваш объем лечебных мероприятий по принципам лечения хирургической инфекции у каждого из данных больных?

Задача 3.

В детское хирургическое отделение поступил больной 3 месяцев с абсцессом левой голени, гнойным артритом левого плечевого сустава, метэпифизарным остеомиелитом плечевой кости.

Каков объем дополнительных лабораторных исследований у данного больного?

Задача 4.

В детское хирургическое отделение поступил больной 1 года 7 месяцев с деструктивной пневмонией, левосторонним тотальным плевотораксом с начавшимся синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Больной доставлен в крайне

тяжелом состоянии с синдромом полиорганной недостаточности, с тяжелой степенью токсикоза из детского соматического отделения, где в течении 10 дней получал интенсивную массивную терапию антибактериальными препаратами (цефтазидим, гентамицин). В анамнезе у больного диспепсическое расстройство.

Какие необходимо провести обследования? Что способствовало ухудшению состояния больного? Какие мероприятия необходимы для купирования данного синдрома?

Задача 5.

Вы врач стационара, вызваны к ребенку 2 лет с флегмоной бедра, у которого при осмотре кожные покровы умеренно гиперемированы, горячие, влажные, конечности теплые; тахикардия 132 в 1 минуту, дыхание – 40 в 1 минуту температура тела 39° С.

Какой синдром развился у больного? Расширьте лекарственную терапию.

Тема «Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (мастит, омфалит, флегмона новорожденных). Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.»

Вопросы для самоподготовки

1. Дайте определение мастита у детей.
2. Укажите причины развития мастита у новорожденных, у девочек-подростков.
3. Каковы особенности хирургического лечения гнойного мастита у детей?
4. Дайте определение лимфаденита у детей.
5. Перечислите клинические симптомы лимфаденита у детей.
6. Каковы причины и симптомы развития аденофлегмоны у детей?
7. Каковы особенности консервативного и оперативного лечения лимфаденита у детей?
8. Каковы ведущие микроорганизмы в этиологии некротической флегмоны новорожденных, некротической ветряночной флегмоны?
9. Каковы особенности патогенеза некротической флегмоны новорожденных, некротической ветряночной флегмоны?
10. Каковы особенности воздействия на очаг у детей с некротической флегмоной новорожденных, некротической ветряночной флегмоной в соответствии с их периодом развития?

Письменные задания

1. Перечислите под запись причины развития лимфаденита, у детей включая фелиноз.
2. Запишите способы оперативного вмешательства при различных видах лимфаденита у детей.
3. Изложите клинические периоды и формы некротической флегмоны новорожденных, некротической ветряночной флегмоны у детей с их характеристикой
4. Запишите цель и особенности оперативного вмешательства при некротической флегмоне новорожденных, некротической ветряночной флегмоне.
5. Зарисуйте расположение урахуса, желточного протока, пупочной вены у плода и письменно отразите их связь с появлением клинических симптомов омфалита.

6. Перечислите под запись клиническую характеристику форм омфалита.
7. Изложите мероприятия по уходу за остатком пуповины у новорожденных.

Задачи.

Задача 1.

У ребенка 3-х недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела повысилась до 39°C, появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На передней поверхности грудной клетки обнаружено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте при пальпации несколько теплее, умеренно инфильтрированная и болезненная. Через несколько часов пораженный участок кожи приобрел багровый цвет, значительно увеличился в размерах. Четких границ кожи не выявляется. Флюктуации нет.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача 2.

Девочка в возрасте 2-х недель заболела остро, появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39°C, исчез аппетит. В области правой молочной железы гиперемия кожи, припухлость, флюктуация.

Ваш диагноз? Лечение?

Задача 3.

У новорожденного мальчика были гнойные выделения из пупочной ранки, производились перевязки медсестрой на дому. Через неделю ребенок стал вялым, отказывался от груди матери, не набирал вес. Температура была субфебрильной. Затем больной стал беспокойным, сучил ножками, появились отек и гиперемия брюшной стенки, через сутки отек и гиперемия усилились. Несколько раз был жидкий стул.

Каков диагноз? Тактика врача-педиатра при осмотре?

Задача 4.

У девочки 12-ти лет температура тела 37,7°C. Беспокоит наличие припухлости, боли в правой подмышечной области. При осмотре на тыльной поверхности правой кисти следы царапин (оцарапана кошкой). В правой подмышечной области припухлость 3х4 см, плотно-эластичной консистенции, болезненность при пальпации, с флюктуацией в центре, при УЗИ в очаге неоднородное содержимое.

Диагноз? Обследование, лечебная тактика?

Задача 5.

У девочки 2-х недель плохо заживает пупочная ранка. Она покрыта грануляциями, на их поверхности серозно-гнойное отделяемое, периодически ранка покрывается корочками. Температура тела 36,5°C, аппетит не снижен, активная, крик громкий.

Ваш диагноз? Как лечить ребенка?

Тема «Острые гнойно-деструктивные пневмонии у детей».

Вопросы для самоподготовки

1. Дайте определение термина деструктивная пневмония (ОГДП).
2. Какие факторы влияют на развитие острой гнойной деструктивной пневмонии у детей?
3. Какие синдромы встречаются у детей с острой гнойной деструктивной пневмонией?
4. Перечислите основные инструментальные методы в диагностике острой гнойной деструктивной пневмонии.
5. Какие изменения на обзорной рентгенограмме легких характерны для острой гнойной деструктивной пневмонии.
6. Опишите симптоматику гнойно-септического синдрома (синдрома интоксикации).
7. Опишите симптоматику синдрома дыхательных расстройств.
8. Дайте клинико-рентгенологическую картину каждой из легочных форм деструктивных пневмоний у детей.
9. Каковы принципы лечения каждой из легочных форм деструктивных пневмоний у детей?

Письменные задания

1. Запишите классификацию ОГДП.
2. Отрадите схемой патогенез острой гнойной деструктивной пневмонии.
3. Запишите данные ультразвукового исследования при наличии пиоторакса, фибринооторакса.
4. Перечислите под запись и зарисуйте рентгенологические изменения при легочных и легочно-плевральных формах деструктивных пневмоний у детей.
5. Запишите основы комплексного метода лечения при каждой из легочных и легочно-плевральных формах деструктивных пневмоний у детей.
6. Опишите методики пункции и дренирования плевральной полости при легочно-плевральных формах деструктивных пневмоний у детей.

Задачи.

Задача 1.

В детское хирургическое отделение поступил ребенок 2 лет с жалобами на наличие у больного болей в правой половине живота, лихорадки фебрильного характера, кашля, рвоты, вздутия живота, одышки.

Ваш план обследования больного для постановки диагноза? После установления диагноза в соответствии с полученными результатами назначьте лечение.

Задача 2.

У ребенка 2 лет, находящегося в детском отделении по поводу буллезной формы левосторонней деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. Температура 37,2°C. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Дыхание слева не проводится, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Число дыханий в 1 минуту 54. Число сердечных сокращений 142 в 1 минуту. Sat. O₂ – 88%

Дополнительные методы обследования? После установления диагноза в соответствии с полученными результатами назначьте лечение.

Задача 3.

У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу буллезной формы деструктивной пневмонии, во время кашля появилась припухлость на шее, лице, которая увеличивается, глаза закрываются, вены вздуты, при пальпации определяется крепитация, голос сиплый. Состояние ухудшается, нарастает тахикардия, тахипное, цианоз.

Дополнительные методы обследования? После установления диагноза в соответствии с полученными результатами назначьте лечение.

Задача 4.

В детское хирургическое отделение поступила девочка 3 лет, с жалобами на кашель с мокротой, рвоту съеденной пищей, боли в животе, лихорадку (37,5-38,5°C), одышку. При осмотре обнаружено отставание левой половины грудной клетки в дыхании, перкуторно в верхних отделах левого легочного поля легочный звук, внизу – тимпанит, у угла лопатки – притупление, живот ладьевидной формы. При аускультации дыхание слева резко ослаблено.

Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Окончательный диагноз, лечение.

Задача 5.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки мальчика 6 лет (в анамнезе деструктивная пневмония справа, кашель с мокротой) отмечается смещение органов средостения вправо, на фоне тени сердца определяется тень треугольной формы, левое легочное поле сужено, тень купола диафрагмы поднята кверху, при аускультации дыхание слева в заднебоковых отделах ослабленное.

Каком патологическом процессе идет речь? Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Окончательный диагноз, лечение.

Тема «Острый гематогенный остеомиелит у детей.»

Вопросы для самоподготовки

1. Дайте определение гематогенного остеомиелита у детей.
2. Перечислите особенности патогенеза гематогенного остеомиелита у детей.
3. Изложите клинические симптомы гематогенного остеомиелита у детей.
4. Перечислите диагностические и тактические особенности при гематогенном остеомиелите у детей.
5. Какие принципы лечения гематогенного остеомиелита у детей?
6. Изложите особенности антибактериальной терапии и воздействия на очаг при гематогенном остеомиелите у детей.

7. Перечислите реабилитационные мероприятия при гематогенном остеомиелите у детей.
8. Каковы патогенетические особенности гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста?
9. Изложите клинические симптомы гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста.
10. Какие диагностические особенности при гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста?
11. Перечислите лечебные тактические особенности при гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста.
12. Каковы особенности воздействия на очаг у детей при метэпифизарном гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста?
13. Изложите особенности течения остеомиелита у новорожденных и недоношенных детей.
14. Какие осложнения и исходы гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста?

Письменные задания

1. Перечислите под запись клинические симптомы гематогенного остеомиелита у детей с их характеристикой.
2. Укажите под запись клинические формы гематогенного остеомиелита у детей.
3. Запишите диагностические мероприятия, подтверждающие наличие гематогенного остеомиелита у детей.
4. Перечислите под запись мероприятия по коррекции изменений в организме больного при гематогенном остеомиелите у детей.
5. Запишите цель и особенности оперативного вмешательства при гематогенном остеомиелите у детей.
6. Перечислите под запись клинические симптомы гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста с их характеристикой.
7. Запишите диагностические мероприятия и дайте им характеристику при гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста.
8. Перечислите под запись особенности антибактериальной терапии при гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста.
9. Запишите цель и особенности оперативного вмешательства при гематогенном остеомиелите у детей раннего возраста.

Задачи.

Задача 1.

Ребенку 8 лет, болен 4 дня. Температура до 40°C, жалуется на боли во всей правой голени, наступить на ногу не может, не спит. Разлитой напряженный отек всей голени, легкая гиперемия. При пальпации резкая болезненность в проекции большеберцовой кости. Симптом флюктуации отсутствует. В крови лейкоцитоз – 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ-62 мм/час.

Диагноз? Лечение?

Задача 2.

В приемное отделение поступил больной 7 лет. Заболел 8 мес. назад, перенес острый гематогенный остеомиелит левой плечевой кости. Два дня назад появились боли в левом плече, открылся свищ с гнойным отделяемым, повысилась температура до 37,6°C.

Ваш диагноз?

Задача 3.

В отделение патологии новорожденных находится на лечении ребенок 26 дней с пупочным сепсисом. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой руке, отвисание правой кисти.

Диагноз? Ваша тактика?

Задача 4.

Ребенок 13 лет. Два дня назад во время игры в хоккей получил травму коленного сустава. Жалобы на отек коленного сустава, чувство распирания и невозможность передвигаться. Сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены, верхние завороты выбухают. Симптом флюктуации и баллотирования надколенника положительные. В крови лейкоцитоз 9500, СОЭ-18 мм/час. На рентгенограмме обнаружено расширение суставной щели.

Диагноз? Дополнительные исследования? Дифференциальный диагноз? Лечение?

Задача 5.

В приемное отделение поступил ребенок 12 лет с жалобами на высокую температуру (39°C), интенсивные боли в области левой голени, наличие разлитого отека и резким усилением болей при осевой нагрузке на голень. Болен 3 суток. В анамнезе легкая травма.

Ваш план обследования?

Тема «Ано-ректальные пороки развития.»

Вопросы для самоподготовки

1. Какова связь эмбриогенеза прямой кишки с формированием аноректальных пороков развития?
2. Каковы клинические признаки атрезии прямой кишки?
3. Каковы диагностические мероприятия при атрезиях прямой кишки?
4. Каковы основные оперативные вмешательства у детей с атрезиями?
5. Перечислите консервативные и оперативные методы в лечении сужений прямой кишки и анального отверстия.
6. Какова тактика при эктопиях анального отверстия?
7. Каковы особенности промежностной и брюшно-промежностной проктопластики при атрезии прямой кишки?

Письменные задания

1. Отрадите под запись классификацию аноректальных пороков развития.
2. Изложите схематично алгоритм ведения детей с атрезиями без свищей.
3. Перечислите под запись основные диагностические приемы при чистых атрезиях и атрезиях со свищами.
4. Опишите методику инвертографии у детей

Задачи.

Задача 1.

У новорожденного в течении 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации ребенок беспокоится, плачет. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости видны множественные разнокалиберные воздушные пузыри с горизонтальными уровнями жидкости (чаши Клойбера).

Диагноз? Нужны ли дополнительные методы обследования? Какие? Лечебная тактика?

Задача 2.

У новорожденного в течении 14 часов не отходит меконий. Обеспокоенный педиатр осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?

Задача 3.

У ребенка через 12 часов после рождения обнаружено отсутствие заднепроходного отверстия. Нарастает вздутие живота, отмечалась однократная рвота.

Какой методикой у больного достоверно определить уровень атрезии?

Задача 4.

В детское хирургическое отделение поступил ребенок с атрезией прямой кишки и анального отверстия. С момента рождения прошло 3 часа. Среди хирургов возникли разногласия по поводу целесообразности исследования по Вангестину.

Какое ваше мнение? Какую следует избрать диагностическую и лечебную тактику?

Задача 5.

У новорожденного выявлена атрезия прямой кишки и анального отверстия с промежностным свищем.

Какая ваша диагностическая и лечебная тактика?

Тема «Болезнь Гиршпрунга.»

Вопросы для самоподготовки

1. Что является причиной развития копростазов при болезни Гиршпрунга?

2. Какие морфологические изменения развиваются в толстой кишке при болезни Гиршпрунга?
3. Дать характеристику и встречаемость симптомов при различных клинических стадиях болезни Гиршпрунга, идиопатического мегаколона.
4. Перечислите дополнительные методы диагностики при болезни Гиршпрунга, долихосигме.
5. Рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга, долихосигмы на ирригограмме.
6. От чего зависит хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга?
7. Что преследуют оперативные вмешательства при болезни Гиршпрунга?

Письменные задания

1. Опишите симптоматику каждой из стадий болезни Гиршпрунга и идиопатического мегаколона.
2. Перечислите под запись дополнительные методы исследований при болезни Гиршпрунга и мегаколоне, какие изменения выявляются при этом?
3. Опишите план предоперационной подготовки при болезни Гиршпрунга.
4. Опишите методику выполнения очистительной и сифонной клизм.
5. Перечислите под запись цели, задачи и этапы оперативных вмешательств при болезни Гиршпрунга.
6. Напишите план реабилитационных мероприятий у оперированных детей с болезнью Гиршпрунга.

Задачи.

Задача 1.

В отделение поступил ребенок 3 лет. С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня. Мать делает клизмы, мальчик отстает от своих сверстников в физическом и психическом развитии. Отмечается бледность кожных покровов, вздутие живота.

Предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования.

Задача 2.

В отделение поступил ребенок в возрасте 1,5 лет с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, беспокойство, рвоту застойным содержимым. Запорами страдает с 4-5 месяцев, с момента введения прикорма.

Предварительный диагноз? План обследования, тактика.

Задача 3.

Больному 4 мес., страдающему запорами с рождения, на основании результатов биопсии прямой кишки поставлен диагноз – болезнь Гиршпрунга, ректальная форма.

Справедливо ли такое заключение?

Задача 4.

Поступил ребенок 5 лет с жалобами родителей на наличие у него каломазанья. Из анамнеза выяснилось, что страдает запорами. Периодически отмечается диарея, каломазанье, вздутие живота.

Ваша тактика?

Задача 5.

У ребенка с копростазом через 10 минут после постановки сифонной клизмы развился коллапс, судороги, потеря сознания.

Причина, тактика?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания
1	2	3	4
1.	Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434970.html	под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов.	М : ГЭОТАР- Медиа, 2015

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1	2	3	4
1.	Детская хирургия: национальное руководство	ред. Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов	М.: 2009
2.	Диагностика и лечение уроandroлогической патологии у детей: учебное пособие.	М.А. Барская, З.Б. Данилова	Самара, 2011
3.	Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита у детей: учебное пособие	Барская М.А., Терехина М.И.	Самара, 2016
4.	Диагностика и лечение деструктивного панкреатита у детей: учебное пособие.	Барская М.А., Завьялкин В.А.	Самара, 2016
5.	Неотложные состояния в педиатрии: практ. руководство	В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный	М. : ГЭОТАР -Медиа, 2013
6.	Практические навыки по детской хирургии: учебное пособие	Кузьмин А.И., Завьялкин В.А.	Самара, 2016

7.	Хирургия живота и промежности у детей: Атлас [Электронный ресурс] / http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420065.html	Под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова	М. : ГЭОТАР -Медиа, 2012
----	---	---	-----------------------------------

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К НАПИСАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:

1. Больной К. (только заглавная буква фамилии)
2. Возраст
3. Пол
4. Дата поступления
5. Дата выписки
6. Диагноз при направлении
7. Предварительный диагноз
8. Клинический диагноз

ЖАЛОБЫ:

История заболевания:

Когда и при каких обстоятельствах заболел. Предшествовали ли началу заболевания психические и физические травмы, переутомление. Как началось заболевание - остро, постепенно. С чем связано данное заболевание. Начальные симптомы заболевания. Боли, их локализация, характер/постоянные, схваткообразные, иррадиирующие/, интенсивность. Тошнота, рвота, повышение температуры тела, слабость. Особенности стула, мочеиспускания, одышка, кашель, цианоз и т.д. Появление новых симптомов и дальнейшее их развитие до момента обследования больного. Влияние проводившегося ранее лечения до момента курации на течение болезни.

История жизни:

Здоровье родителей, их возраст, профессия, сведения о совместной родословной: наследственные, семейные, хронические заболевания. Количество предшествующих беременностей, их исходы. Братья и сестры больного ребенка, их возраст, состояние здоровья.

Внутриутробный период: перенесенные заболевания и травмы во время беременности, профессиональные вредности, течение родов. Период новорожденности: родился доношенным, недоношенным, вес и рост при рождении. Родился в асфиксии, с желтухой, отеками, врожденными уродствами. Родовые травмы. Время отпадения пуповинного остатка. Длительность пребывания в родильном отделении. Заболевания в период новорожденности. Вскармливание. Психофизическое развитие ребенка: нарастание веса, когда начал говорить, учиться, успеваемость, память. Перенесенные заболевания, операции их тяжесть, в каком возрасте. Профилактические прививки. Жилищно-бытовые условия.

Эпидемиологический анамнез: был ли контакт с инфицированными больными. Укусы грызунов, насекомых и др.

Медикаментозный анамнез, получал ли антибиотики и гормональные препараты. Проводились ли внутривенные вливания, переливания крови или ее заменителей, отличались ли аллергические реакции на лекарственные препараты или другого происхождения.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

А. НАРУЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1.Общий вид больного:/общее состояние/удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, положение больного: активное, пассивное, вынужденное/.Сознание ясное, спутанное, сопор, кома. Выражение лица возбужденное, безразличное, маскообразное, лихорадочное, страдальческое. Телосложение.

2.Температура тела.

3.Масса в кг, рост, окружность головы и грудной клетки.

4.Кожные покровы: цвет, тургор. Подкожные кровоизлияния, их локализация. Степень влажности. Сыпи, характер: эритема, пятно, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозия, трещина, язвы. Рубцы: подвижен, характер, размеры, локализация.

5.Слизистые оболочки их цвет. Подробное описание налетов на языке, миндалинах и тканях зева/распространенность, окраска, отношение к подлежащим тканям, характер окружающей слизистой.

6.Подкожно - жировая клетчатка, ее развитие. Отеки и их распространение.

7.Лимфатические узлы. Локализация, величина, форма, консистенция, отношение к окружающей клетчатке, болезненность при прощупывании.

Б.ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ:

1.Кости: деформация, искривление, размягчение, роднички и швы у грудных детей /размеры, края, напряжение/. Рахитические изменения. Искривление позвоночника - лордоз, кифоз, сколиоз. Акромегалия. Болезненность при поколачивании костей.

2.Суставы: Конфигурация-обычная, припухлость, утолщение, деформация с указанием локализации. Гиперемия кожи, местное повышение температуры в области сустава. Движения, болезненность, хруст, флюктуация.

3.Мышцы: степень развития мускулатуры - обычная, слабая, атрофия мышц /общая или местная/. Тонус обычный или повышенный /ригидность/, пониженный, наличие контрактур. Болезненность мышц при ощупывании.

В.ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:

1.Носовое дыхание: свободное, затруднено, дышит носом или ртом.

2.Осмотр и пальпация грудной клетки: форма обычная, бочкообразная, рахитическая, воронкообразная и др., /асимметрия грудной клетки/, выпячивание или западение над- и подключичных пространств. Положение лопаток /прилежание, отставание/.

Симметричность движений грудной клетки при дыхании: равномерное, отставание одной из половин. Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный. Глубина и ритм дыхания: поверхностное, глубокое, ритмичное, аритмичное /Чейнстоковское, Кусмаулевское/.

Число дыханий в минуту. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Участие в

дыхании вспомогательной мускулатуры. Болезненность при пальпации грудной клетки, локализация. Определение голосового дрожания. Трение плевры на ощупь.

3.Перкуссия легких: данные сравнительной перкуссии/характер перкуторного звука и его изменения/и топографической перкуссии/высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига, нижние границы легких.

4.Аускультация легких: характер дыхательного шума, хрипы, их локализация, количество, характер звучности, калибр влажных хрипов, шум трения плевры, бронхофония.

Г.ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.Осмотр и ощупывание сердечной области: выпячивание области сердца/сердечный горб/, видимая пульсация. Верхушечный толчок - его местоположение, характер положительный, отрицательный/,сила обычный, усиленный, ослабленный/,высота приподнимающий куполообразный/,ширина локализованный разлитой/.Шумы при ощупывании сердца :шум трения перикарда.

2.Перкуссия сердца: границы сердечной тупости, ширина сосудистого пучка.

3.Аускультация сердца: тоны, их частота, шумы, ритм сердца.

4.Исследование артерии: видимая пульсация артерий .Пульс, сравнение его на обеих руках, наполнение, напряжение, величина, ритм, частота, наличие дефицита пульса. Артериальное давление.

Д.ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

1.Живот: конфигурация, состояние пупка и пупочного кольца, подкожных вен, грыжи. Окружность живота. Перистальтика. Напряжение мышц. Симптом Щеткина - Блюмберга, Филатова, данные глубокой пальпации: опухоли их форма, консистенция, поверхность, размеры, подвижность, болезненность, урчание, метеоризм. Данные перкуссии живота, осмотр каловых масс, их характеристика. Осмотр ануса и перианальной области, ректальное исследование.

Е.ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:

1.Печень, ее прощупываемость, размеры при пальпации и при перкуссии. Поверхность, консистенция, болезненность. Желчный пузырь. Симптом Курвуазье, френкиус-симптом. Селезенка ее размеры. Болезненность, консистенция.

Ж.ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

1.Черепно-мозговые нервы. Слух и вестибулярный аппарат. Мимическая мускулатура, глотание, движение языка, речь, чтение, письмо.

2.Походка больного, координация движений. Симптом Ромберга. Гиперкинезы. Рефлексы: со слизистых оболочек/корнеальный, глоточный, кожные и сухожильные. Патологические рефлексы, чувствительность.

3.Состояние вегетативной нервной системы: дермографизм.

4.Менингеальные знаки: и выбухание родничка, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернинга, Брудзинского и др.

З.ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ:

1.Щитовидная железа, ее величина, консистенция. Глазные симптомы.

2.Половые органы, их соответствие полу и возрасту. Вторичные половые признаки.

3.Прочие расстройства со стороны эндокринной системы.

И.ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:

1.Прощупывание почек и их смещаемость. Симптом Пастернацкого.

Данные перкуссии и пальпации мочевого пузыря. Мочеиспускание. Моча: цвет, примеси, осадок, запах.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

Выделяются те органы и системы, которые поражены болезненным процессом.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ,

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ, ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ (ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ) ДИАГНОЗ С ЕГО ОБОСНОВАНИЕМ

НАЗНАЧЕНИЕ

ДНЕВНИКИ/исчерпывающие сведения о состоянии больного в динамике/

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

ЛИТЕРАТУРНАЯ СПРАВКА

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись